16735. 2

Sante De Sanctis

L'epilessia nei bambini e nei fanciulli.

La ragione di quest'articolo sta tutta in questa considerazione: l'epilessia studiata nell'adulto, cioè quando essa ha assunto, attraverso gli anni, la sua forma e il suo periodo definitivi, è uno studio incompleto; allora si vedono gli effetti di modificazioni cerebrali stabili, la cui uniformità è appena interrotta o modificata dal progressivo, ma lento indebolimento mentale, determinato dal ripetersi degli accessi. Al contrario nell'infanzia e nella fanciullezza si può assistere all'inizio della malattia, alla sua progressiva evoluzione e al delinearsi delle sue varie forme. Si possono inoltre osservare i rapporti tra la lesione cerebrale originaria e la forma clinica degli accessi; non chè valutare l'influenza della malattia sullo sviluppo psichico del malato e le mutue influenze tra la malattia stessa e il determinarsi della pubertà. Soltanto studiando e seguendo l'epilessia attraverso le età evolutive, si può, infine, modificare l'uniforme pronostico che siamo soliti formulare nell'epilessia degli adulti e col pronostico indicare, eventualmente, anche la cura razionale.

I. — *Sguardo alla etiologia e alla patogenesi*

Non entra nei nostri scopi diretti il discorrere della etiologia e patogenesi della epilessia. Del resto, sarebbe un perditempo; chi ha necessità di completare la propria cultura a questo riguardo potrà consultare, senza andare all'estero, i libri del Tonnini e del Roncoroni e i più recenti Trattati del Bianchi, del Tanzi e Lugaro, ecc. (1). Pur riconoscendo che su quest'argomento tuttora oscuro (2) non potrei dire niente che non sia ben conosciuto, poche parole tuttavia sembrano indispensabili, perchè l'etio-patogenesi investe tutto il problema nosologico e clinico della epilessia.

È passato il tempo che alla epilessia si assegnavano cause mi-

(1) Sulla etiologia, patogenesi e forme della epilessia potrà anche consultarsi *S. De Sanctis*, Sez. 1ª della Parte IIª (Alienati e criminali) del *Trattato di Psichiatria Forense* di *S. Ottolenghi* e *S. De Sanctis*.

(2) Che la etio-patogenesi sia oscura, lo ritiene anche il *Jacobson*, Klinik der Nervenkrankheiten etc., Berlin, 1913, Cap. 4°, p. 411.

10735. 2

steriose, dinamiche e puramente psichiche. Riferisce il Tissot (1) che Galeno racconta di un grammatico che cadeva epilettico « ogni volta che con ardore meditava e insegnava. Io stesso ho veduto e lo stesso pure ha osservato il sig. Van Swieten, dei fanciulli di grandissima aspettazione violentati allo studio... diventare epilettici per tutta la loro vita. Il sig. Hoffmann parla di un giovane che per un momento diventava epilettico tutte le volte che affaticava il suo spirito o la sua memoria ». Le cause psichiche — oggi è a tutti noto — non hanno per l'attacco epilettico che una influenza coadiuvante e non, beninteso, per l'elemento psichico puro, cioè rappresentativo, che vi è contenuto, ma piuttosto pel disordine vasale che ad esso si accompagna o per l'autointossicazione che da esso indirettamente deriva.

Ciò non dimeno il problema etiologico-patogenetico non ha progredito, in questi ultimi anni, verso il suo definitivo chiarimento. Vari anni sono avevo diviso le varie teorie in tre gruppi: teoria meccanica, t. tossica, t. dinamica; ed avevo insistito sulla distinzione tra epilessia e accesso o crisi epilettica. Ebbene, poco o nulla, ho da modificare di quanto allora esponevo. Per alcuni, p. e. il Binzwanger, la scarica epilettica deriva dal cambiato rapporto fra azione inibitrice e azione eccitatrice; mentre per altri ad. es. il Roncoroni sarebbe la conseguenza dell'azione inibitrice. Una veduta più moderna assegna all'accesso epilettico una origine vasale: angiospasmo e angiodilatazione lo potrebbero provocare ugualmente, date certe condizioni; la patogenesi della epilessia sarebbe da cercarsi nel simpatico. (2) Queste vedute possono riportarsi alla t. dinamica. La teoria meccanica ha trovato via via nuovi argomenti di appoggio. Negli epilettici — oggi si può dire dimostrato — anche nei più genuini, possono trovarsi piccoli segni di lesioni organiche (3).

---

(1) Della salute dei letterati ecc. trad. dal francese 2ª ediz. Venezia 1771, pag, 28-29.

(2) *Castellino* e *Pende*, Patologia del simpatico, Milano 1915.

(3) Più si studiano le epilessie essenziali e più si riconosce che tengono anche esse a lesioni cerebrali circoscritte. Secondo E. Redlich (1912 e 1913), l'epilessia genuina deve essere radiata dalle classificazioni cliniche ; ammette soltanto una *epileptiche Reactions fähigkeit*. Biswanger (Congresso internazionale Amsterdam 1907) è però meno esplicito, quantunque anche egli tenda a negare l'epilessia essenziale ; parla di processi dinamici che presiederebbero allo scoppio delle

Sta di fatto che l'epilessia molto spesso è acquisita per avvenimenti cerebrali di ordine patologico. Dopo malattie generali infettive come scarlattina, influenza, tifo, può avvenire che nei cervelli dei pazienti restino piccoli focolai encefalitici, la cui formazione non aveva dati sintomi nervosi molto notevoli. Orbene questi piccoli focolai possono divenire cagione di epilessia nell'adolescenza, come avviene a volte nei cani guariti da cimurro (Cerletti). Ciò vide da tempo il Marie, quando appunto attribuì a piccoli focolai encefalitici, seguiti a malattie infettive, molte delle epilessie essenziali della età adulta. Insomma, a mente di molti, qualunque vecchia lesione cerebrale può divenire cagione di epilessia, mentre per alcuni p. es. Alzheimer, l'alterazione cerebrale dell'epilettico avrebbe alcun che di specifico e di costante; il che vuol dire che l'epilessia avrebbe un'anatomia patologica specifica (sclerosi del Corno d'Ammone) (1). Senonchè, se è indiscutibile la presenza di lesioni organiche macro — o microscopiche nel cervello degli epilettici, non è altrettanto facilmente ammesso, che esse siano la causa dell'epilessia. Basti una citazione. L. Bianchi « esprime la convinzione più che il dubbio manifestato da Marinesco, che le lesioni trovate nel cervello degli epilettici sono

epilessie essenziali e che riposerebbero su condizioni ereditarie e su disturbi originari dovuti specialmente a sifilide e ad alcool. La mancanza infatti di fenomeni paretici, spastici e di insufficienza mentale non basta per infirmare la natura cerebropatica di una epilessia. Che tali casi si diano, e anzi siano comuni, nessuno può negare. L. Marchand (L. *Marchand*, Rapports des convulsions infantiles avec l'épilepsie, *Gazette des hôpitaux*, anno LXXXV p. 1235, 30 luglio 1912), pure lo confermava dicendo che nei bambini esistono stati convulsivi, senza eredità, senza cause apparenti e che ricorrono nel pieno stato normale. D'altro lato anche negli essenziali si riscontrano a volte sintomi nevrologici che appoggiano la supposizione di un focolaio corticale permanente. Si osservano, negli essenziali, spasmi stabili in qualche territorio muscolare, tremori, disturbi della loquela, mancinismo; non di rado anche asimmetrie cefaliche e facciali (plagiocefalia e plagioprosopia). Cfr. *Francesco Agosti*. — I segni di lesione organica nell'epilessia, *Policlinico*, giugno 1911. Su 30 casi di epilessia, risultati dubbi in 2, positivi in 10, negativi in 18. — Così il riflesso oculo-cardiaco, quando è assente, è segno di lesione organica e in particolare segno di sifilide acquisita o ereditaria: sifilide nervosa mesocefalica.

(1) Per l'anatomia pat. delle epilessie bisogna tutt'ora rileggere Marie, Chaslin, Bratz, Alzheimer. Un riassunto recente è quello di *Mich. Angelillo*, La genesi e il sustrato anatomo-patologico della epilessia, Tip. Roviello, Aversa, 1915.

l'effetto del ripetersi degli accessi » (1). Così pel Bolten (2) la epilessia genuina è tutt'altra cosa della epilessia sintomatica. Le lesioni istologiche trovate sulla corteccia non avrebbero valore etiologico; sarebbero invece conseguenze degli attacchi; si trovano infatti nei casi inveterati e nella demenza.

Su questo punto, adunque, bisogna esser molto guardinghi per non confondere, in poche parole, la lesione - causa, con la lesione - effetto. Comunque, per tal modo, la questione della epilessia genuina o essenziale espulsa dalla porta tende a rientrare dalla finestra. Difatti, in molti casi, non solo, la storia degli epilettici è muta riguardo ad infezioni generali, encefaliti, meningiti ecc. e, quello che più conta è muto pure l'esame nevrologico, mancano cioè i piccoli segni del cervello epilettico; ma se anche qualche segno si può accertare, non perciò resta definitivamente esclusa la natura essenziale della epilessia. Il dubbio è più serio quando si tratta di epilessie ad attacchi frequenti e gravi.

A queste costatazioni che sembrano rafforzare la t. meccanica dell'accesso epilettico, si oppone però tuttora la teoria tossica, ma non quella per cui giustamente si ammette dipendere l'accesso epilettico da un'intossicazione. Ciò è notorio. Basterà un esempio: l'attacco epilettico provocato da ingestione di alcool, come fu sperimentalmente dimostrato nei cani dal D'Abundo (3). Intendiamo dire specialmente della teoria di coloro che riferiscono a una tossicosi tutta la epilessia, unificando in tal modo questa con gli accessi epilettici. L'epilessia essenziale secondo il Bolten (4) è appunto una *tossicosi*

(1) *L. Bianchi*, Trattato di psichiatria, 2ª ediz. cap. Psicosi epilettica.

(2) in *Monatsch. f. Psychiatrie u. Neurologie*, 1913, fasc. 2° e in *Review of Neurol. a. Psych.*, giugno 1914.

(3) *G. D'Abundo*, atrofie cerebrale sperimentali, Catania, 1902.

(4) Il *Bolten* loc. cit. dà la seguente classificazione:

1° Epil. cerebrale (secondaria o sintomatica) da meningite, encefalite, traumi cranici, sclerosi tuberosa, tumori cerebrali, demenza paralitica, porencefalia, cicatrici meningee, arteriosclerosi, ecc.

2° Epil. per intossicaz. endogene (diabete, acetonemia dei bambini, eclampsia).

3° Epilessia per intossicazione esogena (alcool, tabacco, piombo, santonina, ecc.)

4° Epilessia emozionale di Bratz.

5° Epilessia cardiogenetica (Mal. di Stockes-Adam).

di origine e natura ignota (da fermentazioni anormali dell'apparato digerente? da ritenzione di cloruro di sodio? da iperfunzione o ipofunzione di una o più ghiandole endocrine?; non si sa). L'Autore però conclude che la tossicosi forse è provocata da decomposizioni anormali delle sostanze alimentari o da una deviazione del ricambio materiale dei tessuti; tali prodotti tossici non sarebbero abbastanza neutralizzati dall'azione tiroidea e paratiroidea. Dopo le ricerche di Abderhalden, alcuni considerarono l'epilessia come una crisi anafilattica cioè come l'effetto manifesto di una anafilassi parziale intermittente che è in rapporto con periodi di minore auto-protezione dell'organismo o di maggiore virulenza dei fattori patogeni. L'attacco epilettico sarebbe il risultato del contatto delle materie di origine albuminoide solubili con l'agente microbico e la lisina, così formata, assorbita e circolante nel sangue verrebbe incatenata con immensa avidità dalle cellule del cervello nel medesimo modo che lo è il così detto « corpo di reazione » nello shok anafilattico sperimentale. Secondo Shaw (1) le manifestazioni epilettiche sono dovute all'anemia improvvisa della corteccia, che determina una scarica delle cellule nervose corticali. L'anemia sarebbe dovuta a una stasi subitanea provocata dalla facilità all'agglutinazione e dalla ipoalcalinità del sangue; fatti che si trovano sempre nell'epilessia. L'epilessia sarebbe essenzialmente determinata dalla instabilità clinica degli elementi nucleoproteinici del sangue e dell'encefalo, instabilità che può essere anche ereditaria e dovuta all'assenza di un ignorato ormone regolatore.

Si prosegue a dire da alcuni sostenitori della teoria tossica che l'epilessia consiste nella capacità anormale delle cellule nervose a trattenere certi corpi tossici convulsivanti. L'attacco sarebbe un episodio (2) determinato da una auto-citotossina della cellula nervosa

---

6° Epilessia tardiva, da arteriosclerosi.

7° Epilessia genuina o essenziale; sarebbe da autointossicazione cronica, per accumulo di prodotti non normali derivanti da diminuzione dei processi fermentativi del tubo digerente e del metabolismo intermedio; diminuzione che sarebbe provocata da ipofunzione di tiroide e paratiroidi.

(1) *J. J. M. Shaw*, nel *Journal of mental Science*, N, 250 — giugno 1914 rif. in *Rev. Neurol.* ag. sett. 1916.

(2) Vedi l'art. di *Adolfo Dellepiane* in *Riforma Medica*, 16 nov. 1912.

che, nella crisi epilettica, viene messa in libertà nel sangue (1). Altri insiste nell'affermare che gli epilettici spesso presentano disfunzione delle glandole endocrine, e che ciò può essere causa per lo meno degli accessi (2).

La verità è che tutte queste ipotesi sono premature, quando non sono addirittura fantastiche. Come non si è fatto alcun progresso nella determinazione della natura del tossico convulsivante nè verso l'opinione di Krainski o di Haig o di Donath o verso l'opinione del Ceni, così deve dirsi delle ipotesi più moderne. Nulla ancora sappiamo di certo. Così pure in fin de' conti conclude Arrigo Tamburini (3).

La pratica con bambini e fanciulli epilettici non mi ha offerto alcuna prova sicura per confortare l'opinione di coloro che considerano tutta la epilessia come una forma d' intossicazione; anzi la mia osservazione clinica tende a confermare le ricerche più recenti circa la ipotesi che tutti i tossici, endogeni e esogeni possono provocare l'epilessia: l'alcool, il bromuro di canfora, l'acido salicilico, la stricnina, purchè il cervello sia predisposto, abbia cioè una alterazione strutturale, visibile o no, poco importa (4).

---

(1) *L. Marcan*, Thèse de Montpellier, 26 luglio 1912.

(2) Le ricerche di *G. Pellacani*. (*Rivista sp. di freniatria*, marzo 1914), escluderebbero nel siero e nel liquido cefalo-rachidiano degli epilettici, anticorpi che fossero in rapporto con intossicazioni da disturbi glandulari o con cito-tossine d' origine corticale cerebrale.

(3) *Tamburini Arrigo*, L' anafilassi, nelle malattie mentali. Tip. ed. naz. Roma 1914.

(4) Ricerche di Laboratorio dimostrano quanto sia suscettibile alle piccole dosi di stricnina una corteccia che abbia subito un processo-encefalitico in paragone di una corteccia integra. L' ipotesi del D' Abundo (loc. cit.) ha un significato analogo, poichè secondo il D' Abundo l'attitudine convulsiva organica si spiegherebbe con l'esistenza di microscopiche aree corticali sottratte all'evoluzione e alla normale funzionalità da cause patologiche svariate. Quando esista l'attitudine organica, i tossici fanno il resto. In generale vien data molta importanza ai disturbi della digestione. Vogt parla di una epilessia da ricambio; ma Peritz non è dello stesso parere. Che nei bambini si abbiano convulsioni epilettiformi di origine gastro-intestinale è cosa che tutti sanno; la questione è di sapere quali veleni di origine intestinale influiscano sulle convulsioni epilettiche dei fanciulli e degli adolescenti. Su questo punto le supposizioni sono parecchie, ma i fatti positivi, secondo me, sono tuttora ben pochi. È ovvio di vedere ragazzi epilettici senza

In conclusione, tutti gli epilettici essenziali — purchè veri epilettici e non semplicemente convulsionari temporanei — portano in loro una predisposizione strutturale, che rende epilettico il cervello, appena certe intossicazioni lo colpiscano. Insomma si può ritenere che causa necessaria e sufficiente degli attacchi epilettici sono o il disturbo vasale, o l'azione tossica o la meccanica; questa nelle epilessie sintomatiche, nelle complicate e in una buona parte di quelle che tuttora si dicono essenziali; la prima e la seconda causa in un altro gruppo di epilessie essenziali. Questa veduta è confermata anche dalle osservazioni del Dott. Aabonkine della Clinica Psichiatrica di Mosca (1914). Ciò soltanto può dare sufficiente ragione dei numerosi casi di epilessia migliorati o guariti con i trattamenti più diversi; è noto che si va dalle guarigioni ottenute con l'ablazione delle vegetazioni adenoidi (1) a quelli guariti col trattamento tiroideo; dimodochè ha ragione T. Silvestri di dire che l'epilessia può migliorare con i trattamenti più diversi, p. es. con l'acido borico, con l'opoterapia tiroidea, col trattamento pluriglandolare (2), e così via. Del resto, è anche tale l'opinione del Bianchi (3).

La predisposizione epilettica del cervello; ecco il fondamento di ogni epilessia.

Negli epilettici, infatti, non manca quasi mai, la predisposizione ereditaria. Già le statistiche del Gowers rivelarono una naturale disposizione in due terzi di 1450 casi. Perfino nella epilessia tardiva l'eredità figura pel 25 $_{0}/^{0}$ (Mendel). Bene a ragione, in fondo, si con-

---

indicaunria nemmeno nel giorno dell' attacco; è pur troppo anche molto comune l' osservare un semplice miglioramento nella frequenza e nella gravità degli attacchi, non solo con un regime latteo-ovo-vegetale, ma anche con un regime puramente vegetale e con l'uso dei fermenti lattici. Il De Fleury avrebbe una statistica fortunatissima, ma io non posso dire ugualmente. Trovai sempre miglioramento col regime vegetale e coi fermenti lattici, ma non vidi mai scomparire del tutto gli attacchi senza uso — sia pure discreto — dei preparati bromici. Di ciò ci diamo ben ragione riflettendo alle controversie tuttora gravi che corrono intorno al ricambio degli epilettici. La letteratura è piena di ricerche intorno alle orine e al sangue degli epilettici; ma tuttavia la natura del veleno convulsivante ci sfugge.

(1) Vedi ad es. il caso di *Piquero* riferito in *Revue Nérrologique*, 30 genn. 1913.

(2) *T. Silvestri* — Policlinico, Anno 20°, 1913, Sez. prht.

(3) *L. Bianchi*, op. cit. Psicosi epilettica, pag. 351.

clude, che l'epilessia essenziale risulterebbe dalla instabilità corticale e sotto corticale determinata da fattori ereditarii sconosciuti; veleni endogeni e esogeni, date queste condizioni, provocherebbero facilmente gli accessi (1). Ma la instabilità corticale può esser data sia da alterazioni cerebrali pre — o postnatali, sia da un' attitudine convulsivante ereditaria; anche questa, bene s'intende, d'indole strutturale (2).

Tutti sanno che i figli degli alcoolisti vanno spesso soggetti ad epilessia. Già Bourneville su 350 epilettici, trovava alcoolismo dei genitori nel 51 $_{0}/^{0}$. Agostini in una Relazione al 14° Congresso della *Società freniatrica italiana* nel 1911, riferiva parecchi dati statistici riguardanti la influenza dell'alcoolismo degli ascendenti sulla epilessia. Negli epilettici del manicomio di Brescia l'alcoolismo dei genitori era presente nel 12 $_{0}/^{0}$, in quelli del manicomio di Perugia nel 10 $_{0}/^{0}$; fu trovato alcoolismo nella famiglia (o in ambedue i genitori o nel solo padre o nella sola madre, o in altri membri della famiglia) di ben 1188 epilettici su 4876 appartenenti a 27 manicomi italiani; cioè, in totale, nel 24. 36 $_{0}/^{0}$ (3).

Oggi più che mai si sostiene il rapporto fra eredolne ed epilessia. Fournier, Erlenmeyer, Heubner, Fischl ed altri citano casi di eredoluetici in cui si sviluppò l'epilessia spontaneamente, almeno in apparenza. Fra gli epilettici la lue, congenita fu trovata nel 7 $_{0}/^{0}$ (Veit). Binzwanger crede a una forma discrasica di epilessia sifilitica — congenita. Mott ritiene che la lue e l'alcoolismo dei genitori possono influire sul germe e portano non solo alla imbecillità,

---

(1) Così *L. Pierce Clark* in *Boston medical and Surgical Journal*, 18 luglio 1912. — Anche A. Pierret conferma che le lesioni cerebrali leggere, come le meningoencefaliti lievi creano l'attitudine convulsiva, ma è l'intossicazione che, irritando, produce la crisi, (*Revue médecine*, 10 luglio 1913).

(2) *Arthur Willard Fairbanks* in *Boston med. a. surg. Journal*, 2 aprile 1914, ha dato uno studio statistico di 175 bambini epilettici, dal quale risulterebbe che l'eredità tiene un posto secondario nella etiologia della epilessia. Non ho letto l'articolo originale dell'A. e quindi non saprei cosa opporre a questa deduzione che sembra in opposizione alle vedute più comuni.

(3) Secondo alcune ricerche (Matthéw Woods, in *The Jour. of the Amer. med. ass.* 27 dicembre 1913) parrebbe che l'epilessia dei bambini non fosse in rapporto con l'alcoolismo cronico dei genitori, ma piuttosto col concepimento in stato di ebbrezza. Diciamo subito che questa veduta è molto controversa.

ma anche alla epilessia della prole. Secondo una statistica recente, la sifilide sarebbe un fattore causale d'insufficienza mentale di ogni grado e di epilessia in più del 50 $_{0}/^{0}$ dei casi (1); e secondo altri, autori p. e. Plaut, l'eredolue sarebbe anche spesso responsabile dell'instabilità mentale e morale dei fanciulli.

D'altra parte è ben dimostrata l'esistenza di nevrosi e di psicosi nel gentilizio degli epilettici. In 57 casi di epilettici essenziali G. Steiner (2) ha trovato mancinismo nelle famiglie di ammalati, destrimani 18 $_{0}/^{0}$, mancinismo dei malati con parenti destrimani 15,8 $_{0}/^{0}$; mancinismo dei parenti e dei malati 3,5 $_{0}/^{0}$. Sicchè per lo più il malato rappresenta una deviazione dal tipo famigliare. Ciò fa sostenere all'Autore la teoria degenerativa dell'epilessia. In una statistica di E. Tramonti (120 epilettici) si trovò in 40, nevrosi negli ascendenti; in 22, lue certa o quasi certa; in 50, alcoolismo; in 8 tubercolosi. In 7 ragazzi dei 120 vi era altresì uso precoce di bevande alcooliche (vino specialmente). Se poi la disposizione ad epilessia si renda manifesta e fattiva con fenomeni per quanto tenuissimi, di meningo-encefaliti, questo è quanto ancora non sappiamo con certezza.

La letteratura sull'epilessia infantile (non parlo della epilessia in genere) non si è molto arricchita in questi ultimi anni. Dopo la buona monografia di Vogt (3), sono apparse poche memorie, p. es. quella di Catanei (4); ma è molto probabile che ve ne sieno altre che, dati i tempi mi sieno sfuggite. Comunque, i Trattati di malattie dell'infanzia specialmente nelle loro più recenti edizioni ci offrono a un dipresso lo stato delle nostre conoscenze sull'argomento (5).

---

(1) *Kate Fraser* e *H. Ferguson Watson*, in *Jour of mental. Science*, N. 247, ottobre 1913.

(2) *Monatsschrifft f. Psych. u. Neurol.* Vol. 30°, N. 2.

(3) *Vogt*. Die Epilepsie in Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung erzieherischer, unterrichtlischer u. forensischer Fragen. — Karger, Berlin, 1910.

(4) *Catanei*., Contributions à l'étude de l'Hysterie et de l'Epilepsie chez l'enfant., Thése de Montpellier 1910, N. 69.

(5) Ho sott'occhio *Alois Monti*, Kinderheilkunde etc. 3° vol. 1903, p. 124 e segg.; *F. Hutinel*, Les maladies des enfants, Tomo V° Paris, 1909; Pfaundler e Schlossmann, Hanerheilkch der Kinddhn. 2° vol., II^{a} parte: *M. Thiemich*, Funktionelle Erkrankungen der Nervensyst., pag. 753, 788 e altrove.

La epilessia è di una frequenza impressionante nella 1ª e 2ª infanzia, malgrado l'opposto avviso di tanti illustri pediatri che ritengono rara la epilessia prima dei 5 anni di età. Canzio Ricci che fece le sue ricerche anche sul materiale dell' *Ambulatorio per le malattie nervose e mentali dell'infanzia* da me diretto, constatò che l'epilessia dà il massimo contingente alle nevrosi dell'infanzia (1). Particolarmente egli trovò la forma classica dell'epilessia nella misura del 66,6 $_0/^0$ sul totale dei bambini nevropatici; ma tutte le sindromi di questa nevrosi riscontransi nei bambini in varia proporzione, con limite minimo per gli stati pre — e postepilettici di 1 $_0/^0$ e per gli stati psicopatici permanenti di 0. 6 $_0/^0$. Secondo Lutti, l'epilessia insorge molto spesso nell'età infantile; tra uno e 10 anni nel 35,5 $_0/^0$ nei maschi e nel 49,4 $_0/^0$ nelle femmine, e tra 10 e 20 anni, nel 27,3 $_0/^0$ nei maschi e 33, $_0/^0$ nelle femmine.

Si calcola che tre quarti delle epilessie insorgano sotto i 20 anni, un quarto dei casi nei primi 3 a. di vita. Fu ciò confermato dalle statitiche di Gowers e poi di V. Bianchi. Alcuni assicurano che gli attacchi possono cominciare nei bambini molto presto anche prima del 1° anno (Birk). Se però l'epilessia è un gruppo di stati morbosi, molto più lo è la epilessia infantile. Ecco una delle ragioni della sua frequenza. Senonchè bisogna fin d'ora separare dalla vera epilessia:

a) le forme spasmodiche, specialmente frequenti nei primi mesi della vita infantile (2); e che si ritengono manifestazioni della spasmofilia (Thiemich) o del cosiddetto stato spasmofilico (Heubner).

b) le convulsioni infantili epilettiformi che possono essere di varia natura e dovute a cause diverse (3).

Per esempio, le tossine prodotte dagli elementi intestinali possano dar luogo a vere convulsioni epilettiche; così almeno ha dimostrato sperimentalmente D. E. Panthan (4); tali disturbi nervosi sarebbero dovuti a uno schok anafilattico, prodotto appunto dalle tossine elmintiche. Ne riparleremo più sotto; pel momento basta rico-

(1) *C. Ricci*, Le nevrosi dalla infanzia. Pesaro 1907.

(2) Cfr. *Pfaundler e Schlossmann*, vol. cit. pag. 162 e segg.

(3) *P. Labourdette et Maurice Delort*, Les convulsions de l'enfance. *Gazette des Hopitaux*, an. LXXXV p. 1295-1302, 10 agosto 1912.

(4) Cfr. *C. R.* de le *Société de Biologie.*, Paris 1915, pag. 73.

noscere che il punto di vista odierno è un po' diverso da quello dei vecchi Trattati, secondo i quali la vera epilessia insorgerebbe piuttosto raramente nella 1ª infanzia. Il Sachs (1), per esempio, dichiara che una sola piccola parte di quelli che hanno sofferto convulsioni in 1ª infanzia divengono poi epilettici; difatti vengono ammesse convulsioni riflesse, eclampsie, intossicazioni passeggere, mentre altre sono il seguo di malattie gravi, come emorragie meningee (trauma ostetrico, parto laborioso). Soltanto, dice il Sachs, dopo i 4 o 6 anni appare la vera epilessia. È evidente — e lo ripeteremo più sotto — che questa opinione non si può accettare. Sta di fatto che l'infanzia è l'età favorevolissima per l'inizio delle più varie forme epilettiche.

II. — *Forme cliniche più comuni*

Prima di scendere a maggiori particolari è necessario intenderci chiaramente sul concetto di epilessia. In tal modo verranno d'un tratto eliminate parecchie difficoltà nella discussione clinica che segue.

L'epilessia deve considerarsi come una malattia cerebrale cronica, spesso progressiva, la quale di regola si manifesta con disturbi accessuali più o meno frequenti, quasi sempre accompagnati da disturbo di coscienza (2). Intendiamo peraltro, in opposizione a non pochi patologi, includere in questa definizione, non solo la epilessia genuina o essenziale, ma altresì le epilessie cosidette sintomatiche, quando esse non consistano in accessi occasionali e aperiodici. È noto ad ogni medico che l'epilessia così intesa comprende: i grandi accessi convulsivi, gli accessi jacksoniani, i piccoli accessi e gli equivalenti. I piccoli accessi a lor volta, comprendono: l'assenza momentanea, la vertigine epilettica, la lipotimia epilettica, l'accesso procursivo e l'accesso narcolettico.

Ed ora veniamo a noi. Nei bambini e nei fanciulli ho osservato tutte le forme epilettiche imaginabili e tutte le varietà possibili di decorso. Soltanto le psicosi epilettiche (che del resto non formano per noi oggetto di studio) sono rarissime. La mia esperienza è pur-

(1) *B. Sachs*, A Treatise on the Nervous Diseases of Children etc. 2ª ediz. New York. William Wood, and. C., 1905.

(2) Questa è press' a poco la definizione dei clinici più moderni. *R. Berg*. Lehrbuch der Nervenkrankheiten etc., in 30 Vorle; 1913, Vorles. XXVI.

tosto larga; ma non superiore a quella di tanti altri neurologi e psichiatri; tuttavia non sarà inutile avvertire, che le mie informazioni son tutte personali e principalmente tratte da circa 300 casi di epilessia delle età evolutive, una gran parte bene istoriati e una buona parte seguiti per molti anni (da 2 a 18 anni) (1).

Parecchie volte si crede alla eclampsia e invece si tratta già di vera e propria epilessia (2). Quando si dice che la eclampsia dà spesso l'arresto dello sviluppo psichico e la epilessia come risulta dalla statistica di Birk e Thiemich e anche da quelle di Moussous e di Vogt, la cosa comincia a diventar sospetta, e il senso critico spinge verso l'opinione di coloro che ritengono essere l'eclampsia una epilessia acuta (Féré). Comunque, l'epilessia propriamente detta deve ritenersi come una forma cronica; e appunto io sono al caso di affermare che nella 1ª infanzia si ha spesso l'inizio della epilessia cronica.

Possiamo incontrarci in epilettici di ogni specie, anche in jacksoniani, ma tra i nostri fanciulli predominano gli epilettici gennini (o essenziali) e i complicati: attacchi epilettici nei soggetti con sindromi morbose motorie e più o men grave insufficienza mentale. Questi casi son troppo noti perchè valga la pena di insistervi. Gli attacchi spesso sono precocissimi, se la causa è prenatale; ma anche in casi di malattie postnatali, gli attacchi si presentano e anche frequenti e gravi e in serie, fin dalle prime settimane di vita. La epilessifrenia (idiozia con epilessia) trova per lo più la causa del suo determinarsi durante il 1° anno di vita.

L'emiplegia spastica infantile con epilessia e idiozia (che, com'è

(1) Trassi il materiale dall'Ambulatorio per poveri da me diretto che funziona da oltre 17 anni; dalle storie cliniche di « Villa Amalia » (Casa di salute per fanciulli nervosi); dal Registro del mio Ambulatorio privato.

(2) Avvertiamo che nella eclampsia si ha il caratteristico aumento dell'eccitabilità galvanica dei nervi, l'eclampsia sopravviene alla fine dell'inverno e in primavera, mentre è rarissima d'estate e di autunno. Generalmente ha sviluppo all'epoca della dentizione. Nelle convulsioni eclamptiche esistono i fenomeni caratteristici della tetania; fenomeno di Chwostek e di Trousseau, laringospasmo ecc. Tutti gli autori fanno la diagnosi differenziale con l'epilessia p. es. Rutuel (Tomo V° pag. 194), ma tutti finiscono col dire, che il vero sintomo differenziale è l'evoluzione, come notano pure Rilliet e Barthez

noto, ha una anatomia patologica tanto varia (rammollimento, porencefalia ecc.) è una delle forme più banali e più gravi; ma non delle più frequenti. È frequente invece la diplegia o la diparesi (forme postnatali) complicata con epilessia. L'epilessia da encefalite è la più comune, quella da meningite però è anche frequentissima. Più rara l'epilessia da idrocefalo e quella da traumi cefalici.

Non sarà inopportuno riferire un caso di epilessia provocata da trauma cefalico, appunto perchè riesca sempre più dimostrato che, se il trauma produce lesione di focolaio, l'epilessia che ne consegue appartiene al gruppo delle « *sintomatiche* »; ma se non è così, l'epilessia sarà di tipo « *essenziale* ». L'eredità conferma nel caso nostro, come il trauma cefalico non è in molti casi che l'occasione per destare la diatesi epilettica.

OSSERV. I^a — Bambina di anni 2 e mesi 3 fu visitata da me il 6 giugno 1913

Bambina di bell' aspetto, ben sviluppata; da poco ha cominciato a dire qualche parola; ha intelligenza sufficiente. Nessun segno di paralisi. Durante l interrogatorio la bambina si è mostrata attenta, corretta Nel gentilizio si ha solo l' epilessia nella sorella del nonno materno.

Prima che si manifestasse la malattia la bambina cadde battendo la fronte per terra abbastanza fortemente, tanto che a sinistra le si produsse un piccolo avvallamento che rimane tuttora.

All' età di venti mesi la bambina incominciò ad avere degli attacchi nervosi che rassomigliavano ad eccitamenti al vomito, ma non vomitava mai Tali attacchi si manifestavano generalmente allorchè le si lavava il viso e durante la notte. Con l' andare del tempo, questo inconveniente le si è sempre più accentuato, intensificandosi durante la notte. I caratteri degli attacchi sono pestamento dei piedi, stridore dei denti ed abbandono della persona all'indietro tanto che, se non si sorreggesse, batterebbe con la nuca per terra. Al manifestarsi dell' attacco la bimba fissa gli occhi per pochi secondi e poi incomincia a sollevarli e ad abbassarli rapidamente conservando tale movimento anche quando, nel corso dell' attacco, ha chiuso le palpebre. Impallidisce per pochi secondi; negli attacchi leggieri annaspa con le braccia, negli attacchi più forti rimane col braccio destro teso lungo la persona e col braccio sinistro fa dei movimenti da sinistra a destra agitando le mani come se volesse aggrapparsi; e, quando riesce ad aggrapparsi alla persona che la sorregge, stringe tanto forte da far male Qualche rara volta le trema la guancia destra Spesso durante gli attacchi emette della saliva sfilacciosa a forma di grosse bolle e ciò dopo aver sofferto come una specie di soffocamento alla gola Attualmente gli attacchi si manifestano quando si assopisce e quando dorme; rarissimamente quando è sveglia Se gli attacchi le incominciano nel pomeriggio durano un paio di ore o poco più ripetendosi a poco

intervallo e cessando quando la bambina si distrae. Se incominciano la sera durano fino a circa la mezzanotte, e se dopo la mezzanotte fino alla mattina sempre ripetutamente a poco intervallo. In alcune notti ha soltanto uno o due attacchi, e di tanto in tanto interviene qualche periodo di notti nelle quali riposa calma. Quando gli attacchi le si manifestano nel pomeriggio, per lo più sono così continui che non può più assolutamente riposare. Dal Novembre 1912 ad oggi (giugno 1913) la bambina ha fatto diverse cure ma senza vantaggio.

È bene qui di ricordare che in non pochi casi si ha, che il primo attacco o serie di attacchi rimonta ai primissimi mesi di età senza che si possa accertare il momento in cui si svolse l'encefalite o la meningite. Ma che questa sia la causa dell'epilessia è dimostrato dalla presenza di piccoli sintomi, come: aumento dei rotulei, piccole scosse alle mani all'infuori di qualsiasi attacco e specialmente disturbi nell'equilibrio muscolare dei globi oculari. Negli ultimi mesi del 1917 capitarono all'Ambulatorio due di questi casi. In un bambino di sei anni, l'attacco scoppiò il giorno dopo la nascita; dopo un silenzio di qualche mese, esso riapparve seguito da altri che tuttora proseguono con una certa frequenza, quantunque non molto intensi. All'esame nevrologico, non si notava che un aumento dei rifl. rotulei e uno strabismo alternante.

Sarà utile avvertire pei giovani medici come si diano casi, non molto frequenti invero, ma non rarissimi, di piccoli bambini intelligenti, bene sviluppati, senza alcun segno grossolano di paralisi, i quali a pochi mesi di età son presi da convulsioni epilettiche classiche, che poi si ripetono a varî intervalli e si presentano anche sotto forma multipla negli anni seguenti, a volte peggiorando. In simili casi, mi son convinto che si tratti di traumi ostetrici anche spontanei durante un parto laborioso, ovvero di alterazioni corticali avvenute nelle ultime settimane prima della nascita. Nel 1917 ne furono registrati due all'Ambulatorio; è tuttavia in cura (gennaio 1918) un bambino di cinque anni e mezzo che sempre soffrì di veri accessi epilettici, certamente sintomatici, ma senza segni nevrologici visibili.

Gli attacchi hanno nei bambini il tipo classico, ma molto spesso sono più leggeri, che nei giovani e negli adulti. Ho notato pure che in generale ricorrono con minore frequenza. In 1ª 2ª infanzia non ho mai incontrata la forma di decorso che il Féré chiamò *epilepsie massive* (accumulo di attacchi con ipertermia, esaurimento ecc.), a meno

che la denominazione di *massive* non equivalga a quella di *accumulata* (Friedmann). Quando in una minoranza di casi gli accessi convulsivi sono gravi, frequenti e multipli, sia l'epilessia genuina o sia complicata, si nota un decadimento psichico globale che nei soggetti già frenastenici si complica alla precedente o concomitante insufficienza intellettuale.

La demenza epilettica si trova correntemente anche nei fanciulli (1). Il Perin (2) nella seconda parte della sua tesi tratta delle demenze epilettiche nel bambino, riportandone sei casi, di cui due personali. Il sopravvenire della demenza, per quest'autore, è in rapporto con le vertigini, mentre non ha alcuna relazione con la forma dell'epilessia. Anche il Haushalter (3) ha riferiti due casi di demenza, uno a forma paralitica e spasmodica in un ragazzo di 15 anni: l'altro a forma catatonica in un ragazzo della stessa età. Non è il mio compito di trattare, qui le psicosi epilettiche; sorvolo perciò sulla demenza.

È pure molto frequente il piccolo male epilettico. Stando alla mia esperienza, anzi, sarebbe più frequente nei bambini che negli adulti. Si tratta di perdite rapide di coscienza, di attacchi abortivi, vertigini, *secousses* di Herpin, tic, di salaam o di saluto (o *epilepsia nutans*, da non confondersi con lo *Spasmus nutans* che non si può riferire al epilessia), lipotimie ecc. A volte il piccolo male precede di molti anni il grande attacco motorio; altra volta dura identico per 3-6 anni; spesso si modifica o guarisce sotto la cura bromica. Le assenze non di rado si verificano più volte al giorno. Ho avuti dei casi con 30, 50 e 100 attacchi al giorno perfino, naturalmente di una durata di pochi secondi e anche di un secondo. A tal proposito, anzi, debbo dire che ci sono fanciulli con assenze frequentissime eppure normali di carattere e niente affatto insufficienti.

È stata descritta una forma morbosa nei bambini denominata

(1) *Roger Voisin*, La demence épileptique, in *Revue des mal. de l'enfance*, luglio-agosto 1907.

(2) *Charles Périn* - Contribution à l'étude des états dementiels primitifs et éptileptiques chez les enfants - These de Nancy - 1913-14.

(3) *Haushalter* - Démence Épileptique Infantile in *Soc. de Méd. de Nancy* 8 janvier 1913.

accessi narcoleptici o assenze nervose accumulate (Friedmann) (1) o piccole crisi accumulate (Heilbronner), differente dalla epilessia genuina con gran numero di accessi giornalieri sempre lievi, con disturbo di coscienza più o meno profondo (sonno, amnesia) associato o no a fenomeni motori di difetto o di irritazione. È stato notata anche minzione involontaria e rigidità pupillare; rare le crisi notturne, quando però ci sono depongono per la genesi epilettica. Mancano sempre le alterazioni psichiche; la prognosi è fausta; perciò è interessante tener separata tal forma dall' epilessia genuina (2). Questi casi non sono rarissimi; ho la storia completa di due. Il primo malato fu alunno nella mia *casa di cura* nel 1899 e 1900; questi guarì almeno temporaneamente; ma il secondo resta identico malgrado le cure più assidue. Secondo me sono forme schiettamente epilettiche e non hanno il pronostico così fausto come ritiene Friedmann. Riassumo il secondo caso.

OSSERV. 2.ª — Lat.. Santina di anni 9 si presentò all' Ambulatorio il 30 ottobre 1914 (N. 28 della rubrica).

Da circa 3 anni soffre disturbi « piccoli », che si ripetono 15-18 volte al giorno. Resta in piedi, diviene a volte anche pallida; fissa lo sguardo; dopo qualche secondo prosegue a dire o a fare quello che diceva o faceva prima del disturbo. Carattere tranquillo. Andò a scuola per la prima volta nell' anno 1913 e superò gli esami di passaggio alla 2ª classe elementare. Circa l' etiologia sembra che non vi sia eredità di sorta. I disturbi pare che s' iniziassero dopo qualche giorno che la bimba aveva subito uno spavento. Cura: bromuro di potassio gr. 1,50 pro die. Dopo 2 mesi gli attacchi si mantenevano identici per frequenza e forma malgrado la cura. Si è notato però che qualche volta durante la « fissazione » la bambina perde urine; talaltra che volge la testa da una parte e fa una piccola smorfia. Continua la cura bromica. Al gennaio 1915, gli attacchi erano sempre invariati; medesimo fatto della perdita di urine e della smorfia. Cura di Sedobrol « Roche » gocce ferro-arsenicali Zambelletti. Al febbraio 1915 malgrado la nuova cura, le assenze si mantenevano identiche. In marzo 1915 si notò diminuzione d' intensità negli attacchi; non più perdita di urine. Continua la cura. In aprile e maggio 1915: continua il miglioramento, restando identica la cura di bromici e arsenico, ma il numero giornaliero delle assenze si manteneva invariato anche nel luglio 1915. Per mesi lasciò ogni cura; in marzo 1916 si constatavano

(1) *Friedmann* - Zur Kenntniss der gehäften nicht epilep. Absencen in Kindesalter, in *Zeitsch. f. d. Neurol. u. Psypchiatrie* 1912.

(2) *C. F. Engelhard.* zur Frage der gehäuften kleinen Anfälle, in *Monatschr. f. Psych. u. Neur.* Bad. 36, H. 2-3, 1914.

gli stessi fenomeni, ma più frequenti: 20-30 assenze al giorno. Ripresa la cura bromica 2 gr. pro-die, a poco a poco gli attacchi diminuiscono di frequenza: 10-15 al giorno. Nel luglio 1916, status idem. Cura: Bromuro potassio gr. 2,50 pro die, valerianici e peptonato di ferro.

Nei fanciulli a solo piccolo male, malgrado la frequenza delle crisi, non vidi mai decadimento mentale, anzi in non pochi casi nemmeno alterazioni notevoli del carattere; fa d'uopo avvertire però che il piccolo male sovente non rappresenta che una fase di decorso della epilessia, ovvero si alterna al gran male e agli equivalenti di ogni specie. Nel qual caso il malato corre la sorte di tutti i convulsionari.

Avviene a volte che, dopo una paura sopravvengano nei bambini fatti chiaramente isterici, in seguito ai quali, a poco a poco, si stabilisce una vera epilessia. Claude giustamente dice, che non si tratta di trasformazione, ma che l'incidente emozionale ha preparato la via a poco a poco anche all'epilessia. Occhio però a non prendere abbagli. Da questa evenienza derivano i casi a tutti noti, di isteria associata ad epilessia od istero epilessia a crisi separate della scuola di Charcot.

Non sempre però la diagnosi fra natura isterica e epilettica delle convulsioni riesce facile. Ad istruzione dei giovani, riporto un caso abbastanza strano che diè luogo nel nostro Ambulatorio a molte dubbiezze diagnostiche, ma che assai probabilmente deve riportarsi al gruppo delle convulsioni epilettiformi da isterismo; o, per essere più precisi, da turbamenti vasomotori gravi connessi con processi rappresentativo-emozionali.

OSSERV. 3.ª — Sant. Italo di anni 5 $^1/_2$ si presentava per la prima volta all'Ambulatorio il 25 gennaio 1915. Zio materno epilettico; madre emicranica; nulla negli ascendenti materni. L'inizio del male fu in ottobre 1914.

Da quattro mesi il bambino soffre di attacchi convulsivi, che si ripetono 8 10 volte al giorno. Sono attacchi brevi, sembra senza perdita completa di coscienza; egli cade in terra di scoppio e spesso si ferisce. La gravità e la frequenza degli attacchi son tali da far sospettare l'isterismo. Conferma in questo dubbio l'anamnesi prossima raccolta dalla madre

Il bambino verso la metà dell'ottobre 1914 ebbe una forte impressione alla veduta di certi zingari, perchè gli avevano detto che gli zingari rubano i bambini. Inoltre, dopo 5 o 6 giorni, si spaventò pure per un temporale. Certo è che da allora in poi il bambino cominciò a non reggersi bene sulle gambe; correndo, lo si vedeva fermarsi d'improvviso e ad appoggiarsi per non cadere. Così, a volte,

si notava in lui una mimica di paura e di fuga e talaltra fu udito esclamare: Mamma, gli orsi, gli orsi! ho paura... ecc. Proseguendo il bambino a far « mosse » la madre lo portò dopo qualche tempo all' Ambulatorio di via Riari (Prof. Giannelli), dove gli fu prescritta cura bromica, e poi (dopo 15 giorni) bagni caldi, e ferro. Intanto il bambino peggiorava; sopravvennero fenomeni tonici, rossori improvvisi al volto e poco dopo fatti clonici con cadute in avanti. Pare che ben presto le cadute si verificarono 4 o 5 volte al giorno e sempre ne riportava lesioni. Negli ultimi giorni, gli attacchi hanno cambiato. Circa 5 o 6 volte al giorno il bambino diviene acceso in volto, fa movimenti con tutto il corpo, emette un monotono lamento e cade all' indietro producendosi lesioni per la caduta rapida e violenta.

La madre assicura che il bimbo non perde completamente la coscienza. Questi poi spiega che cade perchè gli tremano le gambe « gli batte la pianta » e gli gira la testa. A domanda, dice di risognare gli zingari e di aver paura. L'esame clinico rivela: bambino ben sviluppato con parecchie cicatrici alla faccia e al capo. È pallido, ma va soggetto a rapidi e frequenti arrossamenti del volto. Da qualche giorno perde urine in letto di notte, mentre in passato non gli era mai successo. Non cefalea, non vomito. Nessuna insufficienza motoria a carico degli arti. Fondo dell' occhio normale. Riflessi vasali vivaci; rotulei vivaci. Sensibilità tegumentaria normale. Intelligenza di normale livello in relazione alla età. La cura bromo-valerianica prescritta non porta alcun beneficio. Il 19 febbraio 1915 gli attacchi anzi avevano subìto un ulteriore svolgimento; si tratta di attacchi notturni e diurni, tonico-clonici, di netto tipo epilettico. Cura: sedobrol « Roche » 2-3 tavolette pro die.

Il 5 marzo in Ambulatorio il bambino Sant. è preso da attacco: caduta improvvisa e violenta sul fianco destro, convulsione tonico-clonica generalizzata; dopo pochi secondi, rialzato da terra, barcolla mostrando movimenti coreico-atassici e tendenza a movimenti circoncursivi. Dopo pochi altri secondi si equilibra, si fissa pallido, muto, disorientato e poco dopo l' attacco cessa. Interrogato subito il paziente, si riconosce che vi fu perdita di coscienza, che la lacuna mnemonica si estende dal momento della caduta a quando si riequilibra sulle gambe. Le pupille son di media ampiezza, ma poco reagenti alla luce; riflessi rotulei vivaci A volte dopo un simile attacco vien preso da sonno. Attacchi analoghi gli vengono 5 o 6 volte la notte e 6 o 7 di giorno. Si aggiunge al sedobrol (2 tavolette) 1 grammo di bromuro di potassio pro die. In seguito mostra qualche miglioramento negli accessi, ma persiste l' atassia e astenia nella stazione eretta e nella deambulazione. Il 12 marzo 1915 presenziamo un accesso di qualche secondo che poteva dirsi abortivo; fu notato che lo stato tonico clonico era più accentuato a destra. Nelle visite successive si rilevò che il barcellamento era sempre accentuato, che gli accessi proseguivano invariati; solo il 28 marzo si avvertì un inizio di serio miglioramento Gli accessi cominciarono a farsi più leggeri, le cadute più rare; l' enuresi non si ha quasi mai. L' andatura atassica persiste, il piede destro è scartato eccessivamente. Dei riflessi rotulei è debole

il sinistro; il destro non si riesce a provocarlo, ma dopo pochi giorni gli attacchi si rendono di nuovo frequentissimi con caduta in terra. Assistiamo a un altro accesso. Il peggioramento dura fin quasi tutto l' aprile. Il 24 maggio il bambino era migliorato in seguito a una cura di luminal (0,07 al giorno, unito alla solita cura bromica). Gli attacchi da vari giorni erano divenuti abortivi, non vi era più caduta, non enuresi. La madre dice che durante la notte si sveglia 2 o 3 volte dicendo che ha paura.

Sempre proseguendo la cura gli accessi andarono diradandosi e facendosi più leggeri. Persistevano in giugno soltanto i terrori notturni. Nella visita del 23 di luglio si constatò che gli accessi erano scomparsi del tutto, sempre però facendo uso di circa 3 grammi di bromuro al giorno e 7 centigrammi di luminal. Fu ridotta la dose a 1 grammo di bromuro e abolito il luminal. La cura di 1 grammo al giorno proseguì fino al dicembre 1915, data dell'ultima nostra visita: Il 3 e il 23 di ottobre 1915 la guarigione fu di nuovo constatata; non restavano che improvvise accensioni del volto e una modificazione del carattere, consistente specialmente in impulsività e un certo grado di eccitabilità. Il bambino tornò alla scuola. Ecco l'ultimo diario (27-10-1916). Nel 1916 Sant. frequentò la scuola Carattere un po' irascibile; però mai enuresi; mai cefalea. Mentre si fa l' esame obbiettivo, si notano fenomeni vasomotori assai vivi al volto; il cuore si riscontra sano, come sempre. Ai movimenti passivi, si nota lieve ipertonia degli arti inferiori. Grande tolleranza al dolore. Tendenza agli atteggiamenti catalettoidi

In taluni casi ho notato però che anche dai competenti venivano confusi con gli accessi istero-epilettici altri che invece meritano tuttora il nome di accessi *epilettiformi* (sintomatici di speciali malattie che non conducono alla epilessia cronica propriamente detta). Se attacchi epilettiformi (non di natura epilettica) possono venir provocati dall'isterismo è anche vero che a volte si debbono ad altri processi morbosi, p. es. la paralisi progressiva, la sclerosi multipla, le malattie intracraniche (ascesso cerebrale, tumore) la intossicazione, specialmente l'alcoolismo, il saturnismo, il morfinismo, l'avvelenamento per ossido di carbonio, l'uremia, il puerperio, le febbri infettive, il diabete, nel quale furono descritte anche in forma jacksoniana (1), e così via. Si vedono soprattutto accessi epilettiformi anche nelle forme parossistiche della psicastenia; anzi è la presenza di tali crisi epilettiformi che danno consistenza alla forma grave della psicastenia. Torneremo sull'argomento più tardi.

Nei bambini e fanciulli sono abbastanza frequenti gli attacchi

(1) Vedi *F. A. Mallet:* Les crises Épileptoïdes chez les diabétiques. These de Paris, N. 56 Jouve édit., Paris 1911.

epilettiformi, in particolare nei rachitici, ovvero nella dentizione, per ascaridi o per ostruzione nasale. Siamo alle epilessie riflesse Ancora si parla e più se ne parlava negli anni passati, di epilessi riflesse. Particolarmente sono prese in considerazione le epilessie d lesioni nasali o naso faringee: rinite atrofica e ipertrofica, vegetazion adenoidi, polipi, corpi estranei. Alcuni autori non ammettono la ep lessia riflessa; ma altri sì; p. es. il Soukhoff, che ne riportava u caso nel 1911 (1). Ma l'epilessia riflessa è dimostrata dalla fisiopa tologia sperimentale (François Frank, Brown-Séquard, Westphal altri) e quindi non se ne può negare la possibilità.

In quanto a me, debbo confessare di non aver visto neppur un caso di epilessia riflessa in fanciulli liberi veramente da tare epi lettiche individuali o ereditarie; nè di aver mai trovato in loro una zona periferica epilettogena. Ciò non depone, naturalmente contr l'opinione contraria, sostenuta da medici come C. Féré (2); sembra però più ragionevole e consono all'esperienza il concludere che la le sione o irritazione periferica desti l'epilessia latente come fa il trau ma, anzichè ritenere che l'attacco esploda col meccanismo dell'atto riflesso, senza alcuna preparazione centrale. Insomma sembra indi spensabile perchè una lesione lontana e periferica dia luogo ad epi lessia, che la corteccia sia convulsiva, abbia cioè una specie di stato spasmofiliaco.

Del resto, anche il Thiemich (3) fa notare che un certo numero di epilessie riflesse appartengono forse alla spasmofilia che quest'au tore ha trattato con mano maestra. Le epilessie riflesse erano al l'ordine del giorno in passato. Ricordo p. es. quelle da toracentesi delle quali forme trattò nel 1892 il Zeanselme e trattai io stesso, o è molt'anni, a proposito di un caso osservato in un criminale (4) Certo in alcuni casi di convulsioni epilettiformi si può escludere l'em bolia cerebrale, l'intossicazione, ecc., e allora bisogna ricorrere alla pre parazione corticale specifica messa in valore dalla lesione periferica

(1) Ref. in *Revue neurol.* 30 aprile 1912.

(2) *Ch. Féré*, Les epilepsies et les épileptiques Paris, Alcan, 1890.

(3) *M. Thiemich*, op. cit. Cfr. pag. 753 e segg. di Pfaundler e Schossmann.

(4) *S. De Sanctis*, Epilessia emiplegica da toracentesi in un criminale, *Archivio di Psichiatria* ecc. di Lombroso, vol. XIII fascicolo VI.

Nei fanciulli si possono avere tutte le manifestazioni epilettiche immaginabili, quindi anche equivalenti di ogni genere. I pediatri dicono particolarmente frequenti gli equivalenti procursivi; è probabile, ma non potrei sostenerlo in base alla mia personale esperienza.

Non di rado tutte le manifestazioni comiziali si alternano con confusa vicenda. Ricordo una bambina di 8 anni avuta in cura per 4 anni nella quale con gli attacchi epilettici classici e brevi, con le crisi vertiginose, con le cefalee caratteristiche, si univano attacchi motori seguiti immediatamente da automatismi, e si alternavano stati di stupore con fenomeni di catalessi giudicati come isterici da competenti specialisti. Son casi di epilessia multiforme; quasi sempre gravi, ma non di prognosi disperata. Mi è occorso di acquietare gli accessi, con l'applicazione di una rigorosa dietetica e con l'uso della belladonna.

Esiste la cosidetta *astenо-mania post-epilettica* anche nei bambini secondo gli autori francesi (Benone Denes). Dopo un periodo di profondo abbattimento di alcuni giorni, sopravviene stato di eccitamento maniaco, euforia, logorrea, gesticolazioni, evasioni.

Si è descritta pure una *epilessia parziale continua* che ora va sotto il nome di sindrome di Kojewnikow; dico sindrome e non entità clinica, come altri vorrebbe. Si tratta di attacchi di convulsioni emiplegiche di lunga durata, seguiti da paralisi. Le scosse cloniche del braccio restano a poco a poco permanenti, stabilendosi così il fenomeno della epilessia parziale continua, pur variando frequenza e ampiezza delle oscillazioni. La lesione risiede al centro rolandico del braccio. L'epilessia parziale continua fu notata già nel 1894 da Bruns e da Kojewnikow; il nome si deve a quest'ultimo. Ora la casistica è abbastanza abbondante. Recentemente si è descritta nei soldati in seguito a trauma (1).

I casi di epilessia parziale continua si confondono con la *mioclonia*, tant'è vero che il Seppilli nel 1899 pubblicando un lavoro intitolato Mioclonia ed epilessia, descrisse apounto un caso di epilessia parziale continua. Secondo il Seppilli si deve tener distinta dalle mio-

(1) *Aug. Pollosson et F. J. Collet*, Epilepsie partielle continue d'origine traumatique. Trapanation, Guérison. in *Revue Neurologique* Mai-Juin 1915 pag. 291.

clonie che hanno forme molto differenti (1). Negli epilettici si vedono spesso mioclonie sotto tre forme: 1° mioclonia epidemica intermittente; 2° epilessia parziale continua sindrome di Kojewnikow; 3° sindrome di Unverricht o mioclonia epilettica familiare o progressiva. Spesso, in quest'ultima, familiarità non c'è; è forse di natura organica; difatti si trova segno di Babinski, indebolimento intellettuale, ipereccitabilità muscolo-tendinea (2).

Non ho nella mia statistica casi di questo genere in bambini e adolescenti. Ho voluto però accennare a questa forma, perchè ho veduti e studiati 3 casi di mioclonia su adulti, dei quali due erano nettamente isteriche e la guarigione confermò la diagnosi, mentre la terza era di assai dubbia natura. Fu dovuta escludere la lue (Wneg.) e qualunque fatto cerebrale e si dovè ammettere l'attacco mioclonico epilettico essenziale per esclusione; ma di qual tipo clinico e di qual patogenesi? Forse appunto del tipo Kojewnikow.

Di casi di epilessia parziale continua nei bambini non ne ho visto mai; ma sarà bene avvertire che è molto comune l'osservare scosse cloniche nella metà della faccia e agli arti, specialmente arto superiore, dopo un'attacco di epilessia parziale o generale. Ho attualmente a « Villa Amalia » un caso di questo genere; gli attacchi son gravi e generalizzati e a volte lasciano debolezza unilaterale o all'arto superiore, unita a scosse che si prolungano anche per giorni.

Si è descritta una forma di *epilepsia alternans*. Il De Vries (3) l'ha osservata in un bambino di 5 anni; ma era già stata descritta da alcuni autori, come Bernhardt, Wickler, Mann e Delepine ecc. A due anni e mezzo il bambino presenta sintomi cerebrali che fanno pensare a un encefalite, emiplegia sinistra leggera, nistagmo orizzontale dell'occhio destro, crisi di contratture toniche interessanti le membra e la faccia dal lato sinistro. Le crisi ricorrono a serie di

(1) Vedi *Long-Landry et Quercy*. Un cas d'épilepsie partielle continue (syndrome de Kojewnikow) in *Revue Neurolog*. N. 15, 1913. con bibliografia.

(2) Vedi: *J. Euziere* e *F. Maillet*. Les Myoclonies épileptiques, à propos d'une observation de syndrome d'Unverricht. *Gazette des Hopitaux;* anno LXXXIII N. 64, pag. 927, 7 giugno 1910.

(3) *F. De Vries* — Ueber einer Fall von Epilepsia alternans, *Neurologisch Centralblatt*. N. 6; 16 marzo 1913, pag. 341-351.

cinque o sei, durano da un minuto a tre, se ne contano da 20 a 30 in 24 ore; durante le crisi la conoscenza è integra, è conservato il riflesso corneale e il pupillare. Il De Vries crede che le contrazioni cloniche debbansi ad eccitazioni corticali e le toniche a un'irritazione del ponte. La lesione, secondo Winkler, siede nella regione del ponte e nella calotta.

III. — *Equivalenti e forme rare.*

1. **Equivalenti psichici.** La letteratura neuro pediatrica registra parecchi casi di equivalenti motori, sensitivi, sensoriali, psichici di epilessia; non è opportuno quindi parlarne a fondo (1).

L'epilessia psichica larvata (Morel, Falret, Baillarger, Lombroso, Tamburini, ecc.) non è frequente nei bambini e fanciulli, ma a volte l'ho incontrata. Hanno perfettamente ragione Sant e Tamburini, che si può dare il caso che il malato ricordi quanto ha compiuto in stato di attacco psicoepilettico. Ma — oltrechè il fatto è eccezionale — la memoria non è mai completa e presto scompare, precisamente come la memoria dei propri sogni. Equivalenti psichici di epilessia si trovano correntemente anche nell'infanzia, ma non bisogna dimenticare che gli equivalenti psichici si trovano persino, secondo Rosenbach (2) nei sifilitici cerebrali e nei paralitici. L'interpetrazione di una crisi di collera furiosa quanto si voglia, seguita da depressione psichica, in un soggetto che non abbia mai avuto attacchi epilettici, è sempre molto delicata. Un'epilessia psichica senza periodicità mi sembra però molto improbabile. La clinica è scienza di osservazione e non un argomentare curialesco. Quindi dinanzi a una crisi unica di

(1) Si consulti *Stettiner*, Contribution à l'étude clinique des paroxismes psychiques chez les enfants, Thèse de Paris, 1904.

(2) Thèse de Montpellier, N. 4, 1914.

questo genere in un fanciullo o ragazzo, è prudente riservare la diagnosi. In altri casi però la diagnosi e il rapporto di equivalenza risulta in modo evidente, come nel caso seguente in cui la sifilide era manifesta.

OSSERV. 4.ª — Lib. Benedetto. Quando si presentò la prima volta all'Ambulatorio il 12 Gennaio 1912) aveva 8 anni e $^{1}/_{2}$. Padre alcoolista, impulsivo La madre, morta di parto, era nevropatica; ebbe 8 gravidanze: i primi due figli morirono nella prima infanzia per meningite; il 3° è vivo e sano; la 4ª gravidanza finì con un aborto a 6 mesi; la 5ª figlia è vivente e sana; la 6ª gravidanza finì con aborto di 4 mesi; il 7° figlio è Benedetto; l'8° morì all'8° giorno di vita con segni di lues. Benedetto all'età di 4 anni cadde ferendosi alla regione parietale sinistra. Il fanciullo non ebbe mai convulsioni nè cornesi; però talora, di notte, ebbe tremori che duravano da mezz'ora a un'ora e si potevano ripetere anche 2 volte per settimana; durante questi tremori diventava pallido, sudava, presentava gli occhi infossati e si lagnava di mal di testa; coscienza integra Offre pure disturbi del sonno, risvegli improvvisi, agitazione, sogni paurosi; talora svegliandosi piange.

Benedetto va soggetto a crisi di collera furiosa che lo rendono pericoloso È irrequieto, impulsivo, batte le persone e gli animali; sovente tentò di appiccare il fuoco. Si ribella di quando in quando ai genitori. L'affettuosità è scarsa; turpiloquio. All'esame obbiettivo si nota fronte olimpica, naso schiacciato alla radice, numerosi gangli cervicali piccoli, rotondi. Gli incisivi mediani inferiori sono seghettati, i superiori presentano un diastema mediano Gli arti inferiori sono ipertonici e i riflessi rotulei vivacissimi. Si notano sincinesie ai movimenti comandati. L'intelligenza è normale, normale la scolarità.

Fu prescritta una cura di bromuro, ma non si ebbe miglioramento; in seguito si fece cura di protojoduro di ferro. Neppure da questo i parenti notarono miglioramento. Si combinò in seguito una cura bromica e di protojoduro di mercurio. Il bambino divenne alquanto più calmo. Dopo un mese si sospese la cura. Nella fine di maggio 1912 ebbe una crisi di collera tremenda; da allora non è più stato bene; non perde però la coscienza; a detta di chi l'accompagna, egli soltanto « s'inferocisce ». Nell'aprile 1913 non si era notato alcun altro miglioramento, malgrado le cure broniche, jodiche e mercuriali.

L'argomento delle equivalenze oniriche presenta certamente un grande interesse quantunque si tratti di fatti rari. Ne parlai nel 1897 al Congresso internazionale di neurologia ed ipnologia di Bru-

xelles (Psychoses et Rêves; Rapport), per dimostrare un nuovo rapporto fra sogno e psicosi, il *rapporto* cioè di *equivalenza*.

Sicuro come ero e sono che nelle scienze di osservazione è ben difficile fare delle scoperte, mi diedi allora a ricercare accuratamente nella letteratura delle nevrosi e delle psicosi e in particolare della epilessia, se altri osservatori avessero, prima di me, rilevati gli equivalenti onirici. Trovai difatti, che più d'un osservatore, senza però che nessuno rilevasse precisamente il concetto di equivalenza, aveva già notato che talvolta il sogno poteva rappresentare negli epilettici un vero e proprio attacco analogo ai comuni attacchi comiziali. Sinceramente, citai alcune brevi osservazioni di Thomayer e perfino alcune parole dette da Silvio Venturi al IX° Congresso della *Società freniatrica italiana* in Firenze nel 1896. Il Féré parlò in seguito (*La médicine moderne*, 8 dicembre 1897) di *Rêves d'accès* (attacchi sognati) negli epilettici. Egli intendeva parlare di sogni, che sono precursori dell'apparizione dei grandi attacchi, ovvero di attacchi sognati dal soggetto come tali, e costituenti perciò un attacco reale in miniatura, senza però movimenti convulsivi, perdita di orina ed altri fenomeni constatabili da chi osservi il malato dormiente. Era chiarissimo che il Féré, osservatore acuto e sperimentato, veniva coi suoi *Rêves d'accès* a confermare oltrechè il noto fatto che la epilessia può iniziarsi nel sonno, anche il mio concetto degli equivalenti onirici dell'attacco epilettico.

M. Ducostè (*Les Songes d'attaques*, 1899) e per sua ispirazione A. Fournié (*De l' onirocritie comitiale*, 1899) inventarono un'altra denominazione: *Songes d'attaques*, e anch'essi confermarono il concetto degli equivalenti onirici, sebbene nelle loro memorie abbiano citato il mio nome senza accennare alla mia Relazione del Congresso di Bruxelles.

Cosa intende il Ducostè per *songes d'attaques?* Egli intende dire cose invero un po' diverse fra loro; e cioè, *a)* un attacco durante il sonno con manifestazioni esteriori più o meno palesi e costatabili da chi dorma presso il malato, ed accompagnato da una rappresentazione fantastica (sogno); *b)* un sogno ben ricordato dal soggetto, senza estrinsecazioni oggettivamente costatabili, il quale offre nel suo contenuto i caratteri specifici di un attacco epilettico classico. Ora, mi sembra chiaro che nel primo caso sia inutile applicare una denomi-

nazione nuova — *songe d'attaque* — poichè il fatto era già ben noto prima del Ducosté: si tratta, infatti, di un vero *attacco epilettico notturno*, che comincia e finisce nel sonno ed è accompagnato da rappresentazione fantastica che il soggetto rammenta bene al risveglio. Nel secondo caso poi si tratta evidentemente di equivalenti onirici dell'attacco (1).

Con ciò non voglio diminuire il valore delle osservazioni di Ducosté; quest'autore, infatti, ha aggiunto a ciò che si sapeva prima di lui due nozioni che potrebbero avere una grande importanza. Egli avrebbe trovato che il *songe d'attaque* è sempre identico per contenuto (io ho distinto tale specie di sogni col nome di *sogni stereotipi*); e che in esso è facile riconoscere i quattro periodi dell'attacco comiziale classico. Io non nego affatto il sogno stereotipo dagli epilettici; e sono disposto anzi a riconoscere il suo valore semiologico quando esista; ma sono certo che non solo i sogni stereotipi hanno significato di equivalenti (attacchi oniro-epilettici) negli epilettici. Difatti ho osservato in qualche epilettico degli equivalenti onirici dell'attacco, il cui contenuto rappresentativo e in parte anche il contenuto emozionale variavano sensibilmente ogni volta. In quanto alla somiglianza delle fasi dell'attacco colle fasi dello svolgimento del sogno morboso raccontato dal malato, credo che veramente spesso esso sia ben riconoscibile. Bisogna però guardarsi dalle facili suggestioni e non dare in tutti i casi, al racconto del malato, un valore matematico.

Comunque sia, restano secondo me, finora stabiliti questi corollari: 1. Esistono degli equivalenti onirici dell'attacco epilettico; nel qual caso il sogno ha di per sè stesso caratteri specifici tali da essere riconosciuto come rappresentante sostitutivo di un attacco. Nell'equivalente onirico non si osserva alcun movimento od altra manifestazione obbiettiva dell'attacco volgare. O è la rappresentazione sognata di un attacco comiziale (*rêve d'accès* di Féré); il malato dice: ho sognato di avere avuto un attacco. O è un sogno la cui equivalenza è ignorata dal malato e si rivela soltanto al medico

(1) Più tardi *M. Ducosté*, descrisse un'altra specie di equivalenti: Erections comme equivalent epileptique, in *Revue de Psychiatrie et de Psych. expèrim.* Maggio 1911. Non ho mai visti casi simili in adolescenti epilettici.

che analizzando il sogno, ne discopre gli elementi formatori: 2° Il sogno può essere stereotipo. La stereotipia però non è carattere necessario in nessuno dei casi da me contemplati. Varie osservazioni mi hanno condotto a distinguere gli equivalenti oniro-epilettici del piccolo male dagli equivalenti del grande attacco. Un sogno preferentemente visivo, a contenuto terrifico, a tragica fine, nel quale la persona del sognatore è impegnata direttamente e risente sensazioni forti e spiacevoli specialmente al capo o agli occhi o al collo o al petto, sogno seguito al risveglio da un ricordo più o meno circostanziato e da modificazioni dell'umore ovvero da torpore o da dolor di capo, può considerarsi, secondo la mia esperienza, come l'equivalente onirico tipico del grande attacco. Le varianti individuali riguardano soprattutto l'organo o l'apparecchio impegnato nel sogno (attegorizzazioni di algie o pressioni al petto, agli organi genitali, alle tempie, al vertice del capo, agli occhi, alla gola ecc.). Un equivalente non raro è il sogno erotico con polluzione finale; ma secondo la mia esperienza non si può dire che si tratti di un sogno piacevole. Esso, invece, mantiene il carattere di sogno angoscioso, quantunque a un dato momento — forse al momento del risveglio — il sognatore provi un senso di acuto piacere. Ricordo, a questo proposito una donna epilettica di 43 anni che presentava spesso un sogno (semistereotipo) angoscioso — erotico, che si chiudeva con questa rappresentazione: un getto di acqua bollente puzzolente dentro la vagina. Destandosi, questa donna si trovava bagnata all'ostio vaginale e sebbene stanca ed oppressa provava un certo senso di piacere.

L'equivalente onirico tipico del piccolo attacco epilettico è, secondo le mie osservazioni (in numero di 4) un sogno di sensibilità generale e in particolare modo di sensazioni motrici. Sogno breve vivacissimo, ma non sempre spiacevole, a contenuto rappresentativo molto variabile, ma nel quale entrano invariabilmente sensazioni rapide, ma intense, come le seguenti: di caldo alla faccia, di bruciore alla gola, di freddo o formicolio a un arto, di freddo alla fronte, di colpi di vento, di vertigine, di caduta, di trasporto o di elevazione nello spazio ecc. Nei miei 4 casi ho notato che il sogno, non ha mai un epilogo, una chiusa determinata: il malato si desta provando una delle sensazioni anzidette e non sa come il sogno abbia finito. Persiste in lui una specie di senso di sospensione o di aspet

tativa, e come fenomeno postonirico, un senso di vuoto al capo o di lieve oppressione. S'intende bene che più numerose osservazioni possono cambiare il quadro ora descritto.

L'equivalente onirico costituisce un fenomeno raro e singolare nella vita onirica dei nevropatici. Bisogna guardarsi dal proclamare come equivalenti onirici tutti quei sogni che danno uno speciale colorito o fisionomia alla vita onirica degli epilettici, degli isterici ecc. questi sono *sogni-sintomi* delle rispettive nevrosi e non *sogni equivalenti*. Tale distinzione a molti potrà sembrare artificiosa; ma la semeiologia ha bisogno di certe convenzionalità. I sogni-sintomi son comuni nei fanciulli e adolescenti epilettici; i sogni-equivalenti non li ho osservati mai nei soggetti che formano il materiale di questo studio.

2. Epilessia affettiva — Vi ha una forma convulsiva detta *Affektepilepsie* da Bratz (1907) e da Oppenheim (1906) *psychastenische Krampfe*. È curioso che nei trattati francesi si trova indicata col nome di *épilepsie simulée*.

Si tratta di casi già segnalati dagli autori Americani p. es. da Spiller, Dana, Fox; e già veduti da P. Janet che li chiamava *crisi psicolettiche* dei psicastenici (1). H. Flournoy (2) se ne occupò nel 1913 descrivendone un caso che qualificò col nome di epilessia emozionale. Secondo Oppenheim non si tratterebbe nè di isterismo, nè di epilessia. I caratteri specifici di questa malattia sarebbero i seguenti: *a*) i malati non hanno avute crisi epilettiche nell'infanzia, ma hanno sofferto di fenomeni psicastenici: fobie, angoscie, tics, fenomeni vasomotori ecc. *b*) gli attacchi epilettiformi hanno sempre una causa determinante: contrarietà, fatica ecc. *c*) gli attacchi compaiono per

(1) Da vari anni avevo preparato il paragrafo sulla forma di *Bratz*; ma prima per ragioni editoriali, poi per la guerra il mio volume del Vallardi sugli *Anormali* ha tanto ritardato (e ritarda!) a comparire, che ho stimato superfluo far la storia di questa forma oramai divenuta notissima anche in Italia dopo i lavori di *Vedrani*, *A. Morselli*, *Pellacani* ed altri. Su di essa dirò le cose essenziali e mi studierò di esporre sopratutto i dati della mia esperienza.

(2) *H. Flournoy*, Epilepsie émotionnelle, in *Arch. de Psychologie*, 1913 pag. 49 e segg. Cito questo lavoro perchè a quanto pare è poco noto ai nostri nevrologi.

lo più come episodi nel corso dello stato nevropatico permanente: qualche volta il soggetto non ne ha che uno o due in tutta la vita; *d)* l'attacco può simulare in tutto l'epilessia; ma vi sono frequentemente crisi atipiche: convulsioni localizzate o assenti, non ostante le perdite assolute della coscienza, persistenza delle convulsioni dopo che il soggetto è ritornato in sé stesso, ansia, palpitazioni, tremori ecc. *e)* la ripetizione degli attacchi non porta a una decadenza psichica. *f)* la terapia esercita un influenza favorevole, i bromuri però agiscono meno che un trattamento generale: cure d'aria, idroterapia, cambiamento d'ambiente e sopratutto soppressione delle cause morali. Secondo **Bratz (1914)** questa forma convulsiva, che ben si distingue dall'epilessia, può rivestire le più varie forme: gran male con incontinenza di orina, assenze e vertigini, pallore subitaneo, automatismi ambulatori. Ciò che più interessa per noi si è che, secondo Bratz, questi attacchi sopravvengono nei degenerati e negli imbecilli.

Oramai la letteratura di questa forma è ricchissima. Anche Jean Lepine (1) ne ha parlato; per questo autore le crisi di psicolessia, sono molto vicine a quelle di epilessia. Quasi sempre hanno per causa occasionale grandi emozioni. I *raptus* sono molto vicini agli attacchi epilettici propriamente detti. Il lavoro di Halberstadt (2) è fondamentale per questa malattia; ma è inutile indugiarsi sopra la letteratura dopo i lavori di A. Morselli (3), Buscaino e Coppola (4) e specialmente di Pellacani (5) il quale ultimo ha insistito nel riferire gli attacchi psicastenici al gruppo delle epilessie. Insomma si danno crisi epilettiformi di vario aspetto clinico che da taluno vengono riferite alla vera e propria epilessia (Kraepelin, Pellacani) e da altri rese autonome come crisi di degenerati, crisi di costituzioni neuropatiche (Westphal, Bratz, Oppenheim, Friedmann) accessi psicolet

(1) *Jean Lepine*, L'epilepsie psychasténique. Les crises, in *Revue de Médecine* ottobre e novembre 1911.

(2) *G. Halberstadt*. Les attaques épileptoides des dégénérés in *Revue neurologique*, 15 febbraio 1914.

(3) *A. Morselli*, Una nuova nevrosi: la psicolessia, in *Quaderni di Psichiatria*, 1914

(4) In *Riv. di Patologia nervosa e mentale*, febbraio 1916.

(5) *Giuseppe Pellacani*. Sulla nosografia di alcune neuropatie caratterizzate da sindromi accessuali epilettoidi, in *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, 27 aprile 1917.

tici (Dana, A. Morselli), epilessie psicastetiche (Westphal, Oppenheim, Lepine) epilessia affettiva (Bratz), reattiva (Bonhöffer) ecc.

Mi sia permesso, a proposito della natura di queste forme, una breve osservazione; che è tanto più giustificata in quanto il Pellacani mette anche me fra coloro che sostengono esser forme di vera e propria epilessia. Se poniamo come punto fisso di riferimento l'epilessia e se le mettiamo a riscontro i singoli sintomi di tutte le altre malattie nervose, giungeremo con grande facilità alla scoperta che un po' di epilessia v'è dappertutto, così l'impulsività, il malumore, la stravaganza, il disturbo di memoria, l'insensibilità morale.... C. Lombroso si era presso a poco adagiato in tale orientamento e a furia di confronti era riuscito — non a torto — ad attirare nella sfera della epilessia una quantità enorme di sintomi e di sindromi; e come tutti ricordano, perfino la paranoia. Ora, la fallacia non consiste già nell'istituire le comparazioni sintomatiche e nel fissare le analogie, ma nella determinazione del fine, in quanto implicitamente si pretende che trovata l'analogia sintomatologica, ne risulti dimostrata l'identità clinica. Se ad esempio, si facesse centro di riferimento qualsiasi altra nevrosi a convulsioni, invece che la epilessia, si arriverebbe con altrettanta facilità a far scomparire dai quadri anche il vecchio morbo comiziale. Conclusione: il medico, trattando di sindromi analoghe che abbiano etiologia e patogenesi varia, non può oltrepassare l'empirismo, ma deve contentarsi del concetto di sindrome senza anticipare alcun concetto di entità clinica, altrimenti creerà delle ipotesi di pretto sapore metafisico.

Riguardo alla questione di cui discorriamo son di parere che nel maggior numero dei casi si tratti appunto di una varietà di epilessia. È vero però altrettanto che non poche volte certe crisi psicolettiche non sono che crisi isteriche dei soggetti degenerati. Inoltre, mi sembra che si debbano tener distinte le forme affettive o reattive e forme accessuali analoghe, dall' epilettoidismo quale noi l' intendiamo e dalla impulsività caratteristica dei neuro-psicastenici. Sono tre aspetti clinici del tutto differenti fra loro, pur ammettendo che gli epilettoidi possano più degli altri andar soggetti alle *vere* crisi reattive (epilettiche).

Le varietà di queste crisi sono numerosissime e tutte furono ben descritte dai nostri autori. Il tratto caratteristico di esse fu colto a

mio avviso dal Bratz e dal Bonhöffer: non scoppiano senza una causa esterna che per lo più è l'emozione, l'alcool o gli strapazzi; d'onde il nome di epilessia reattiva. Altro tratto caratteristico è la mancanza di periodicità e l'andamento saltuario della forma; se ne può avere perfino un solo o pochi accessi in tutta la vita, e non vi ha in nessun caso decadimento mentale (1).

Il Vedrani attribuisce al bandito Musolino la forma del Bratz; dato che Musolino avesse avuti veri accessi (2), io non mi sento affatto lontano dal suo pensiero. Ho scritto ed ora confermo che l'epilessia reattiva e l'epilettoidismo sono tipiche delle personalità criminali: anzi suppongo che in molti casi di asserita epilessia nei militari, nel misdeismo, non si trattasse in realtà che di epilessia reattiva. Avrei parecchi casi da riferire, in soggetti rei di sangue (3) e in degenerati, in soldati e in criminali nati o di abitudine, ma si tratta di adulti (4). Mi sia permesso anche di aggiungere che una più recente esperienza mi ha dimostrato che i neuro — traumatizzati (traumi-cefalici) vanno a volte soggetti a crisi epilettico-reattive che i medici di parte battezzano per epilessia convulsiva... inguaribile, mentre i medici fiscali li reputano del tutto simulati o tutti al più pitiatici.

Torniamo ai fanciulli. Le forme psicolettiche s'incontrano in loro non molto raramente. I soggetti sono sempre psicastenici, soggetti a tics, fobie, angoscie, agitazioni e a fenomeni vasomotori gravi; qualche volta però questa sindrome non apparisce al primo esame. Il

---

(1) Sembra che l'origine di queste forme abbia a ricercarsi nel regime vasomotorio (Lepine) Pel Murri (citato da Vedrani) il fatto emotivo e vassale non costituirebbe che la causa occasionale.

(2) *E. Morselli* e *S. De Sanctis*, Biografia di un bandito, Milano Treves, 1903

(3) Un caso ben dimostrato anche perchè corredato di un grafico del disturbo motorio del soggetto in seguito a una emozione brusca di laboratorio, è quello di un reo periziato da me insieme al Collega Dott. Cividalli nel 1915.

(4) Un caso è quello di un soldato studiato già in vari ospedali e più recentemente dal Capitano medico Dott. Fabrizi presso la Clinica psichiatrica di Roma (dicembre 1917) del quale posseggo tutta la storia clinica trattandosi di un soggetto che era stato alunno degli Asili-scuola per fanciulli deficienti e anormali (*Oberdan De Filippi* ammesso all'asilo N 3 il 21 agosto e dimesso il 21 giugno 1907)

fanciullo è soltanto cambiato di carattere, è depresso, taciturno, piagnucoloso. In questi casi ha notato che il medico tende a considerare la crisi di fuga ansiosa con caduta ipotimica o con tremore generalizzato del corpo ecc. come una specie di raptus melancolico. Nulla di men vero. Studiato meglio il soggetto è facile riconoscere la psicastenia con la sua crisi psicolettica consistente in una reazione di difesa seguìta da memoria sommaria (come di un sogno). La mia casistica è piuttosto ricca; ma non darò che qualche esempio.

OSSERV. 5ª Un ragazzo, di anni 17, gravato di eredità neuro-e psicopatica, mai convulsionario, a volte tachicardico, di carattere stravagante e disugnale, emotivo al massimo grado, impulsivo, intelligente, soggetto a cicli depressivo-angosciosi, in seguito a un trauma psichico, cominciò a soffrire più che mai di ansie e di crisi emotive Un giorno fu preso da un attacco che parve tipico di epilessia; dopo pochi giorni ne ebbe un'altro brevissimo con enuresi, seguìto da impulsi e da automatismi. Passate tre settimane ne ebbe degli altri — 2 o 3 — tutti brevi e con coscienza integra. Poi tutto finì; oggi dopo due anni, è sano, non epilettico; ma sempre psicastenico, estremamente emotivo.

Più importante è un caso presentatosi all'Ambulatorio di Via Alfieri 22 nel 1914 (N. 3423 del Registro). Ragazzo di a. 12, tiechioso con crisi psicolettiche, il quale appunto in tali crisi aveva compiuto per due volte un tentativo inadeguato di suicidio.

Tra i casi recenti di cui ho preso nota, trovo il seguente:

OSSERV 6ª — Fanciulla di a. 11. Eredità neuro e psicopatica grave; nervosa ella stessa fin dall'infanzia Non aveva però avute mai nè convulsioni, nè ipotimie. Mestruata precocemente; cominciò a presentare fatti vasomotorii d'ogni specie e tutti intensi, oltre a capricci e fobie Un giorno, in seguito sembra a contrarietà, trovandosi in chiesa, ebbe un forte capogiro, cadde in terra facendosi del male; l'attacco durò circa un minuto e fu senza clonismo; perdette però orine e non ricordò l'accaduto. Dopo pochi mesi la crisi si ripetè più grave con clonismo della faccia e sempre con perdita di coscienza. Bromuri inefficaci, anzi nocivi. Da 4 anni la fanciulla non ha più avuto nulla, quantunque abbia presentato fatti vasomotorii intensi e sindrome psicastenica classica.

3. Epilettoidismo — Anche il *carattere epilettico* allo stato di isolamento si incontra spesso, nei piccoli bambini. È l'epilettoidismo, del quale ho trattato ripetutamente, in modo che mi sembra superfluo trattarne anche qui. È frequente l'osservare nei bambini, specialmente tra il 2° e 3° anno di vita, un attacco epilettico, unico o mul-

tiplo, seguito da un periodo di sanità che può durare sino all'adolescenza, quando gli accessi si presentano di nuovo. In alcuni casi però nell'intervallo si afferma una nervosità generale, una eccitabilità, una scorrettezza di contegno ecc., insomma una varietà di « carattere » che ricorda quello degli epilettici ad accessi. Un caso più raro è questo: **attacco** in 1ª infanzia e poi più nessun attacco in adolescenza, **nè in gioventù**; invece il più schietto carattere epilettico. A volte l'**epilettoidismo** è evidente, sino nella 1ª infanzia.

OSSERV. 7ª — **Un bambino (Zucc...** Giovanni di anni 2 1/2. Ambulatorio, 1914) che ha avuto **3 attacchi a lungo intervallo**, mostra uno schietto carattere epilettico. **La sorella di questo bambino,** di anni 5, è enuretica, un fratello di anni 8 è nervoso e violento; **un'altra** sorella, di mesi 9, mostra di già un netto epilettoidismo, senza aver sofferto mai alcun accesso. Questo stato di cose è spiegato dalla eredità del ramo paterno. Padre bevitore, zio paterno epilettico, nonno paterno apoplettico; nonna paterna beona.

In casi ancora più rari, non si hanno attacchi nè in infanzia, nè poi, ma i bambini mostrano già nettamente il « carattere » proprio degli epilettici; questo è l'epilettoidismo propriamente detto. La natura epilettica di tal carattere non è un presupposto teorico; essa è rivelata non solo dalla somiglianza clinica e psicologica dal carattere degli epilettici ad attacchi, ma, anche e più, dalla eredità epilettica e specialmente dalla familiarità epilettica, nonchè dalla presenza nel soggetto stesso di alcuni sintomi, soliti a trovarsi negli epilettici volgari. Affermeremo, provvisoriamente, l'epilettoidismo propriamente detto, quando in un soggetto, pur libero di qualsiasi attacco motorio o di equivalenti ben precisabili, si hanno le note principali del carattere epilettico delineato dagli autori, più, alcuni sintomi che rivelino indubbiamente l'analogia, con la epilessia; e questi sono: l'enuresi notturna, i terrori notturni, la cefalea, i disturbi vasomotori, i tremori; ma beninteso, la presenza di tutti insieme questi sintomi non è affatto indispensabile per la diagnosi di epilettoidismo. La nota fondamentale, che rivela uno stato permanente di irritazione corticale, consiste essenzialmente in oscillazioni immotivate dell'umore o della tensione psichica e conseguente reattività disarmonica e eccessiva. L'assenza di qualsiasi disturbo di coscienza (assenza di attacchi e di equivalenti psichici) dimostra, forse, che la permanente condizione irritativa non è diffusa su tutta la corteccia,

ma è limitata a un segmento particolare che possiamo con probabilità topografizzare nell'area rolandica. Si oppone che nei piccoli bambini non si può parlare di « carattere » perchè in essi questo non è ancora formato. Giusto; ma resta inteso che nei bambini l'epilettoidismo si rivela con anomalie dell'umore, rifiuto del giuoco, disattenzione, ma soprattutto con una eccitabilità straordinaria spesso accompagnata da disturbi di sonno. Probabilmente sono i casi che gli autori tedeschi distinguono col nome di *nervositas puerorum*. Qualche autore molto accorto già notò che non si tratta sempre di equivalenti come molti argomentano; non si può parlare di equivalenti se non esiste il punto di riferimento, l'accesso. Il concetto di epilessia larvata si può sostenere, ma escluso il disturbo di coscienza e la netta accessualità, non si vede il vantaggio di un concetto simile che per molti motivi appare più compromettente che quello di carattere epilettico. (1)

L'epilettoidismo è frequente fra i fanciulli anormali così detti « instabili ». Gli « instabili » dei nostri Asili Scuola e scuole autonome, sono per lo più istereoidi o eredo-luetici o eredo alcoolici, polidipsici abituali, assai più raramente psicastenici, eccito-depressivi, dementi precocissimi. Fra di loro però abbondano anche gli epilettoidi, a volte con tendenze criminali (2). Un caso appartenente all'Ambulatorio (prima visita: 1° marzo 1915, il bimbo aveva 2 $^1/_2$ anni) è particolarmente importante, non solo perchè tenuto in osservazione per 3 anni, ma anche per la nettezza della forma.

OSSERV 8ª — Ass. Nello di anni 5 $^1/_2$ (1917) ha genitori luetici, padre epilettico, uno zio paterno debole di mente, nonno paterno *potator*. Nacque per parto prematuro con segni di eredolue; non ebbe mai accessi convulsivi, nè enuresi, nè alcuna paresi; soltanto si lagnò a volte di dolor di testa. Egli presenta dei fenomeni vasomotori: si scolora e si arrossa in viso spontaneamente e

(1) Come è noto l'epilettoidismo, inteso come ora si è detto, non si trova descritto nei Trattati. Molti autori infatti considerano il « carattere » o meglio le sue manifestazioni o come effetto degli attacchi, o come esplosioni epilettiche larvate di soggetti epilettici. Ho dimostrato altre volte come questo modo di vedere non sia confermato da fatti positivi, nè dalla psicopatologia del carattere, e come — d'altronde — esso nella pratica possa riuscire fonte d'inganni, per esempio, in medicina legale.

(2) S. *De Sanctis*, L'Educazione dei Deficienti, Vallardi. 1915. Cap. VII°.

senza alcun concomitante psichico Va soggetto a collere, è impulsivo, inaffettivo, ama fuggire di casa e tutto questo in piena coscienza; sebbene così bambino, usa turpiloquio. Sonno regolare, ipoalgesia tegumentaria diffusa (sintomo di Lombroso).

Spesso l'epilettoidismo si associa a insufficienza mentale; se non che molto spesso questa è leggera (deboli instabili, o anormali misti) Per esempio:

OSSERV. 9ª — Ramo Cost. di anni 8 (N. 86). Eredità paterna nevropatica. La madre è figlia di padre lue tico ed alcoolista Una sorella materna (morta) soffrì di convulsioni forse di natura epilettica; un fratello morì per paralisi infantile. La madre stessa è impulsiva e di cattivo carattere. Durante la gravidanza soffrì fortissimi dispiaceri. *Stato presente*: linguaggio tardivo, ha sofferto diverse malattie nell'infanzia; enuresi notturna; attenzione torpida; memoria discreta; capacità intellettuale insufficiente rispetto all'età, collezionismo, periodicità. Riflessi superf. vivaci, leggera ipertonia agli arti inferiori, lieve ipocinesia del facciale destro; nei movimenti facciali si nota che a sinistra i solchi sono più pronunciati che a destra. Abilità motrice normale. Dinamometria d.= media 9, s= 6 $^1/_5$ Kg. Ticchi al viso; rotacismo, zetacismo, balbuzie incompleta.

OSSERV. 10ª — Font. Umberto ammesso negli Asili scuola il 5 ottobre 1908 in età di 8 anni. Nonno paterno morto al Manicomio; Umberto è l'ultimo nato e l'ultimo vivente di 5 figli: gli altri 4 morirono nel 1° anno di età, sembra per malattie acute, certo alcuni con convulsioni Nato a termine per parto spontaneo, cammino a 2 anni e mezzo, loquela a 4 anni; a sei anni era già evidente il carattere ostinato, irritabile, impulsivo del fanciullo Presenta molte asimetrie cranio-facciali, rotulei molto vivaci, mancinismo, strabismo alternante, blesità, ipoalgesia tegumentale diffusa, umore variabile, timidità, panofobia, periodicità, attenzione mobile, insufficienza mentale di lieve grado, come dimostra il seguente risultato dei « reattivi »:

I.		II.		III.		IV.		V.		VI	
R	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	T
+	2″	+	5″	+	17″	+	1′14″	1°—	15″	1°+	4″
								2°+	2″	2°—	
								3°+	5″	3°—	
										4°—	

All'Asilo ha dimostrato educabilità dell'attenzione, debolezza di memoria, rendimento scolastico discreto, ma inferiore in proporzione al grado d'insufficienza, a causa della scarsa adattabilità a qualsiasi lavoro.

I bambini epilettoidi molto spesso derivano da famiglie luetiche e alcooliche; è questo un dato di ordinaria osservazione e che perciò non merita commenti, nè illustrazione casuistica. Sarà invece utile avvertire che esiste un epilettoidismo post-traumatico; ne ho osservati casi indubbi negli adulti infortunati (per trauma-cefalico specialmente), ma ne ho registrato un caso in Ambulatorio (1916) in un bambino di 8 anni. Un'altra osservazione interessante è questa, che l'epilettoidismo spesso è familiare. Ci sono famiglie in cui 2, 3, 4 figliuoli son tutti epilettoidi.

4. Epilessia e balbuzie.—Ci sembra interessante precisare i rapporti tra epilessia e balbuzie; a tale determinazione ci si arriva esclusivamente con l'osservazione portata sui bambini e sui fanciulli (1).

La balbuzie ha stretta parentela anche con l'epilessia, il che non può recare meraviglia se si pensa che la medesima analogia si ammette, almeno da alcuni autori, fra le forme spasmofiliche (tetania, laringospasmo, eclampsia ecc.) e l'epilessia. Giova però insistere un poco su questo argomento perchè ancora è poco chiaro e può essere a sua volta bene lumeggiato dai casi osservati da me e che qui riferisco.

Si era già osservato qualche cosa: per esempio, i tartagliamenti passeggeri—dice E. Morselli—sono indizio di epilessia. La disartria, l'anartria e la bradilalia—dice il Tanzi (2)—sono un sintomo raro, ma tipico, nell'epilessia, dove indicano un processo lento e irreparabile di decadenza fisica e morale. Ma qui il Tanzi vuole alludere veramente, a tutt'altra cosa.

P. Marie (3) invece è preciso; egli dichiara che la balbuzie s'incontra nell'epilessia. Ma, o la balbuzie degli epilettici è una forma spastica periferica e allora non ha che una importanza sintomatologica, o è di origine centrale, come l'epilessia, e allora riveste una importanza tutta particolare che merita l'attenzione dei clinici.

Imperocchè in questo caso non può essere dovuta a semplice irritazione periferica dei nervi che animano i muscoli fonatori, ma dob-

(1) Per la balbuzie, patologia e clinica Cfr. *S. De Sanctis*, Educazione dei deficienti. p. 151 e segg.

(2) Trattato delle malattie nervose e mentali; pag. 226-28 1ª ediz.

(3) *P. Marie* — La pratique névrologique, Paris, 1911, pag. 202-656.

biamo presumerla in dipendenza di irritazioni corticali o nucleari (per tossine?) dei centri del VII o del XII paio. Avverrebbe la stessa cosa che avviene nel cosidetto tic di Salaam di natura epilettica, contrariamente a ciò che avviene nei comuni ticchi e anche nel tic essenziale di Salaam (Jacquet) in cui la localizzazione è meramente corticale, ma della corteccia psichica.

A nessun neurologo potrà sfuggire l'interesse clinico di questi fatti; ma occorre distinguere e precisare.

Si vede con una certa frequenza la balbuzie negli epilettici. Il fatto è di osservazione comune (Gutzmann, Newsky, Nadoleczny, ecc.). Ecco un esempio.

OSSERV. 11ª — (Amb. 2 luglio 1909). Bambino di anni 3 ½. Padre degenerato, impulsivo, bevitore, fratelli nervosi. A 6 7 mesi ebbe convulsioni. La madre dice che il bambino tende alla solitudine, non ama i compagni, cade spessissimo in collere nervose, per cui si congestiona tutto quanto. Questi attacchi succedono quasi ogni giorno, il bambino li ricorda appena e dopo si lagna di cefalea e cade in sonno. Enuresi notturna. Aspetto di bambino normale; la madre lo dice, anzi molto intelligente, il carattere è stravagante, spiccata contraddittorietà. Il bambino viene condotto al nostro Ambulatorio perchè parla poco ed ha balbuzie spiccatissima.

Questo è un caso in cui la balbuzie coincide con l'epilessia, ma non offre elementi per pronunciarsi sui rapporti fra l'una e l'altra. Anche recentemente all'Ambulatorio è capitato un caso simile (Bambina Gal... Iole di anni 3 visitata il 3 novembre 1917); si notava rachitismo, enuresi notturna, accessi epilettici (rari) abortivi, carattere epilettico e balbuzie. In altro caso pure recente (Str. Renato di a. 3 Ambul. 5 Aprile 1918) notammo: crisi epilettiche iniziate a 2 anni, enuresi, spiccati fenomeni vasomotori, balbuzie. A volte la balbuzie segue, a volte precede l'inizio degli attacchi.

In qualche caso però l'associazione della balbuzie alla epilessia e ai ticchi è così intima che il rapporto cercato si mostra con particolare evidenza.

OSSERV. 12ª — Bon. Pio (Amb. N. 4818, 12 luglio 1909) di anni 3 ½. È balbuziente e la balbuzie comparve insieme a un tic alla spalla sinistra e ad attacchi epilettici. Il tic guarì, ma la balbuzie persiste (29 luglio 1910). Nella notte sonniloquio; rari attacchi epilettici; niente paralisi; sviluppo intellettuale normale. In seguito a cura bromica il bambino guarì anche degli attacchi e la

madre assicura che in pari tempo era tornato a parlare benissimo. Dopo qualche mese però riportò di nuovo il bambino perchè aveva ripreso a parlar male, mentre in pari tempo (cioè da circa 2 mesi) erano ricomparsi gli attacchi e l'enuresi che in seguito alla cura erano del tutto spariti.

Ma cosa anche più importante, è che i rapporti fra epilessia e balbuzie a volte si rendono così chiari da essere autorizzati a parlare di una *balbuzie epilettica* e non soltanto di balbuzie in epilettici.

OSSERV. 13ª—Gal.... (Ambul. priv.) è una bambina di 2 anni e mezzo che fu visitata da me la prima volta il 12 Giugno 1912. È figlia di genitori sani e robusti. Ha tre fratelli sanissimi e normali. Non sofferì gravi malattie, è bene sviluppata di fisico e d'intelligenza. Non ha enuresi notturna. Nell'anamnesi c'è questo solo fatto: un giorno inciampò e cadde; dopo la caduta, che fu senza conseguenze, la bambina si fece pallida e restò un poco stuporosa tanto che chiese di voler dormire. I genitori però notarono che 5 o 6 giorni dopo questo fatto la bimba discorreva con difficoltà mentre per lo innanzi parlava speditamente. L'esame clinico rivela infatti una balbuzie classica con impuntamento e ripetizione. La balbuzie però si affaccia a periodi in corrispondenza con le crisi. Se non che più tardi migliorate le crisi, anzi scomparse, la balbuzie persiste.

In altri casi l'inizio della balbuzie è così improvviso ed è accompagnato da tali sintomi da far credere che la balbuzie sia addirittura una forma analoga all'attacco epilettico.

OSSERV. 14ª — Elvira Filip. di anni 3 (Ambul. privato). Padre bevitore. Madre eccitabile e soffre di sonniloquio. Vidi per la prima volta la bambina il 12 Maggio 1911. I genitori raccontarono che ella improvvisamente senza causa apparente, al mattino, due mesi indietro, cominciò a balbettare (impuntamento e ripetizione). In pari tempo la bambina per una settimana stimò in letto. Col bromuro guarì; ma poi ricominciò ed attualmente ha una balbuzie conclamata. Nel parlare sbatte le palpebre Non ha enuresi; ha sonniloquio, intelligenza ottima Il padre assicura che la bimba dormendo ha scosse nel lato destro del corpo e soffre di terrori notturni.

In altri casi la balbuzie mostra ancora più strette relazioni con la epilessia. Essa può interpretarsi addirittura o come relitto di piccoli focolai nella sfera motoria corticale o come equivalente di epilessia per irritabilità della sfera motoria stessa.

OSSERV. 15ª — Simon. Arturo di anni 4 e mezzo (3 Luglio 1911. Ambulatorio N 7602). Bambino di tipo biondo, un pò pallido; cranio rachitico, grosso, fronte bombée; ha cheratite all'occhio destro; gangli palpabili cervicali:

nella regione lambdoidea mostra una cicatrice per caduta sofferta l'anno passato. Il bambino viene da noi perchè parla male. Nacque a termine, non ebbe mai gravi malattie. All'età di circa 2 anni ebbe convulsioni, ma l'attacco fu piuttosto leggero. Dopo 5 o 6 mesi ebbe un altro attacco, ma questa volta più intenso e con perdita di urine. Le convulsioni in seguito si sono via via ripetute. L'ultimo attacco si presentò il 1° di Gennaio 1911; durò 5 o 6 minuti, vi fu perdita di coscienza. L'attacco cominciò con clonismo bilaterale, e finì con una fase tonica e respiro stertoroso. Il bambino da Gennaio 1911 ad oggi (luglio 1911) è stato bene. Da circa 10 giorni però la madre dice che il bambino, che prima parlava regolarmente, ha cominciato a parlar meno e ad impuntare. Il fatto accadde pochi giorni fa in casa della nonna. Quivi egli fu preso da una grossa febbre che durò una notte intera e proseguì meno grave per circa 3 giorni; la nonna esclude che durante questo periodo di febbre, il bambino avesse convulsioni. Certo è che 2-3 giorni dopo questa febbre la nonna si accorse che egli aveva difficoltà a pronunziare le parole, esitava e impuntava in principio o durante la pronunzia della parola. Questo disturbo nei primi giorni era più leggero, poi si fece più grave. Nel 1912 si noto: sviluppo intelletto normale, accessi epilettici rarissimi, balbuzie persistente.

Il caso riferito si può diagnosticare *balbuzie cerebroplegica*. Questa forma non è rarissima; ne ho visti almeno quattro casi ben chiari.

Ho notato che si tratta di una specie di atassia della loquela; i bambini si riducono quasi al silenzio, probabilmente perchè dovrebbero impiegare uno sforzo eccessivo a parlare. Quando riescono a dire qualche parola e a esprimere i propri pensieri, è facile di riconoscere che si tratta di un disturbo della loquela e non del linguaggio, cioè di una vera balbuzie. L'agrammatismo è escluso.

Nei casi che ho osservati, ho sempre trovato piccoli segni plegici, mai vere paresi. Ciò vale a differenziare la balbuzie cerebroplegica da quella—funzionale—da spavento, che pur sopravviene come la prima d'improvviso e più spesso si manifesta al mattino subito dopo il risveglio (1).

La conclusione di questo paragrafo riguarda essenzialmente la prognosi. Certi pratici ritengono che la balbuzie guarisca quasi sempre. Si può rispondere, che mancando un esplicito giudizio diagnostico del nevrologo, non si può istituire alcuna cura coscienziosa, nè si può emettere alcun giudizio prognostico.

---

(1) Educaz. dei defic. già cit.

IV. — *Decorso e evoluzione della epilessia*

L'epilessia è una malattia cronica evolutiva; ciò la distingue essenzialmente dalla spasmofilia e dalle convulsioni sintomatiche o epilettiformi. Giustamente R. Cruchet (1) ribadiva non ha molto un dato di esperienza del resto molto diffuso, e cioè che se si toglie il carattere evolutivo alla epilessia, cade ogni differenza tra questa e la eclampsia e le altre convulsioni infantili.

Ma qui bisogna fare un'avvertenza. A volte la mancanza di evoluzione è soltanto apparente, sia perchè l'osservazione ambulatoria è insufficiente, sia perchè i malati si perdono troppo presto di vista. Questo dato, qualora venga preso in seria considerazione nei casi singoli, è capace di farci evitare non pochi errori di diagnosi.

In oltre ci aiuta a correggere una opinione che pure la Charcot accettava correntemente, e cioè che la epilessia infantile è l'unica forma epilettica che sia guaribile. Scartiamo i casi mal diagnosticati, cioe quelli di convulsioni epilettiformi e di eclampsia propriamente detta, casi guaribili; seguiamo per anni i soggetti che ebbero una, due convulsioni o una breve serie di attacchi diagnosticati per epilettici veri in 1ª infanzia; seguiamoli non soltanto notando l'assenza o il ritorno degli attacchi, ma indagando la formazione del carattere dei soggetti, il loro contegno, i loro disturbi nervosi generali come cefalea, crisi ecc. e allora ci accorgeremo che la guarigione è un fatto raro, mentre la trasformazione della forma e il caso più frequente. Con ciò si vuol dire che la vera epilessia è essenzialmente evolutiva, che più si studiano e si seguono gli epilettici e maggiormente si conferma che ogni epilessia ha un decorso.

Chi studia gli epilettici deve tener conto di un dato assolutamente sicuro, il quale per il giudizio sul decorso ha un'importanza evidentissima. L'esperienza ammonisce che se gli accessi convulsivi abituali in un malato vengano a sopprimersi in seguito a cure mediciali energiche o anche—in verità raramente—senza cura, si può

(1) *René Cruchet*, Les convulsions de l'enfance et l'épilepsie infantile. *Gazette des Hôpitaux* 5 marzo 1912, pag. 375. L'A. dice che la epilessia è caratterizzata essenzialmente dalla sua evoluzione, altrimenti non ha nulla di differente dalla eclampsia e da altre convulsioni ecc. L'eclampsia non è epilessia, perchè non ha evoluzione in tutto il corso della vita.

esser sicuri che alla ripresa, l'accesso sarà assai più violento dei soliti o sarà multiplo e perfino seguito da uno stato psicopatico. In oltre nel periodo di rarefazione estrema o di soppressione degli attacchi convulsivi, si presentano equivalenti, e specialmente gli psichici, non molto raramente sotto forma di equivalenti criminali.

Una terza osservazione, sempre interessante per il decorso, è questa che, secondo la mia esperienza viene esagerato il peggioramento dell'epilessia convulsiva in seguito a matrimonio (donne) e in seguito all'applicazione mentale (uomini). Io posso assicurare, che nè l'uno, nè l'altra fanno cambiare il ritmo di decorso all'epilessia. È sottinteso che venga escluso ogni eccesso, e i malati proseguano la consueta cura.

È indubitato però che il decorso o evoluzione della epilessia è di una variabilità straordinaria; ragione per cui i clinici non si curarono mai troppo di occuparsene. L'evoluzione cambia per due cause fondamentali: la forma dell'epilessia e l'individualità cerebrale e organica in generale del paziente. È ben noto che esiste una forma di epilessia notturna che può mantenersi tale per moltissimi anni senza mai divenire diurna. È noto pure che ora l'epilessia decorre ad accessi isolati ed ora multipli o seriali, con o senza stato postepilettico. Così tutti conoscono l'epilessia mestruale della donna e le forme, rare ma reali, ad accessi semestrali o annuali e così via.

È difficile dosare il secondo fattore: l'individualità; difatti sappiamo che l'individualizzazione clinica dell'epilessia può dar sorprese e frustrare i più saggi pronostici. Tuttavia è lecito contemplare nel loro insieme i casi e formare aggruppamenti in modo da poter afferrare dei *tipi di decorso* che facilitino le previsioni del medico.

La differenza fondamentale fra decorso delle forme epilettiche cerebropatiche e di quelle biopatiche così dette essenziali o genuine consiste in ciò, che le prime appaiano all'inizio dello sviluppo (1ª e 2ª infanzia) o a sviluppo del tutto compiuto (forme tardive arteritiche, luetiche ecc.) mentre le seconde appaiano essenzialmente nelle età più intensamente evolutive (2ª infanzia, adolescenza). Si comprende che tale constatazione non ha grande importanza clinica, ma era bene di farla sin dal principio.

Fissata questa distinzione, si presentano alla nostra osservazione tutte le epilessie confermate nelle quali intendiamo di trovare, pos-

sibilmente, un ordine, un determinismo di decorso. Facendo lo spoglio di circa 300 casi quasi tutti sufficientemente studiati e seguiti, si riesce a formare degli aggruppamenti sul criterio della somiglianza o della analogia. Vediamo le caratteristiche dei gruppi più ricchi di casi, trascurando quelli formati da un numero di casi troppo scarso e non tenendo conto pel momento della differenza delle forme epilettiche, nè delle loro concomitanze, fra cui primeggia l'insufficienza mentale nei suoi vari gradi. È sottinteso che si tratta di casi quasi tutti curati con preparati bromici o specialità a base di bromo.

Primo Gruppo.—Si hanno una o due accessi convulsivi per lo più completi, ma a volte soltanto tonici, nella infanzia o tutt' al più all'iniziarsi della fanciullezza.

Buona salute per anni, fino a che o all' epoca scolastica (per quelli iniziatisi nella infanzia) o all'epoca puberale (per gli altri) gli accessi si ripresentano per decorrere periodicamente, ma ad intervallo vario in adolescenza e giovinezza.

Anche Birk ricorda i casi in cui si ha un primo ed unico accesso nella prima fanciullezza: poi un intervallo libero di vari anni (con semplici sintomi di nervosismo o *pavor nocturnus* o enuresi notturna ecc.) poi il riprendere degli accessi nel 6-7 anno, quando il fanciullo comincia a frequentare la scuola.

Questo tipo è comune così, che il medico che lo tenga presente, può utilizzarlo nei giudizi pronostici. Consideriamo il caso seguente.

OSSERV. 16ª — M. Vincenzo a. 7. Eredità alcoolica paterna. A 3 anni ebbe un attacco tonico; in seguito più nulla, nè attacchi tonici nè clonici. Sofferse pure di rachitismo; ebbe sempre enuresi notturna e *pavor nocturnus*.

All'esame obbiettivo si constata: riflessi rotulei prontissimi, insufficienza motrice e lieve ipertonia degli arti inferiori, destrismo non confermato, sincinesie controlaterali e facciali durante gli sforzi dinamometrici, blesità. Dal lato psichico: ipoprossessia, memoria debolissima, insufficienza intellettuale, emotività, tendenze criminali. Il fanciullo rimase 3 anni nell'Asilo. Scuola (1901-1904) non presentando mai fenomeni epilettici accessuali.

Si tratta in questo caso di una forma di diparesi cerebrale spastica frusta con insufficienza intellettuale di medio grado ed epilessia infantile. Non sappiamo come il fanciullo abbia finito; ma il medico di fronte a casi simili appoggiandosi all'esperienza ha il dovere di avvertire che il ritorno dell'attacco epilettico non si farà lungamente aspettare.

OSSERV. 17ª — De S. Francesco di anni 6. A 9 mesi ebbe un attacco convulsivo con spuma alla bocca, fu sempre malaticcio. Sviluppo tardivo. Enuresi notturna. Sonnilequio. Cefalea mattutina. All'esame obbiettivo si nota: lieve accentuazione dei riflessi rotulei, lieve ipoplasia della mano sinistra. Incoordinazione della mimica facciale: nel riposo è più tonica la metà sinistra della faccia, mentre nella mimica spontanea è più mobile la destra. Dal lato psichico: ipopropressia, insufficienza mentale di lieve grado, emotività, umore variabile, impulsività, periodicità. Rimase 4 anni all'Asilo Scuola e ne uscì ammesso alla Scuola comunale.

Ecco un caso di lieve emiparesi spastica sinistra con lieve insufficienza mentale ed epilessia (attacco unico). Anche in casi simili a questo, il medico prudente dovrà riservarsi circa il ritorno di attacchi convulsivi.

In un certo numero di casi, la malattia s'inizia nella prima infanzia non già con uno o due accessi, ma con una lunga serie che può protrarsi sino a qualche mese, un anno e anche più. Si è notato che in tali casi si ha a che fare con epilessie determinate da meningo-encefaliti.

In un'altra serie di casi il periodo della buona salute non era esente da disturbi riguardanti sopratutto il carattere (epilettoi tismo). In una piccola minoranza di casi il ritorno degli accessi è violento, tanto che in capo a 2 o 3 anni il malato è divenuto un pilettico-convulsionario grave nel senso che cominciano a presentarsi i segni del decadimento mentale.

Più spesso però accade che si manifestino stati psicopatici; fra questi primeggiano le forme ecento-depressive, con ricorrenza preferita della fase melanconica o di stati misti.

In certi casi di epilessie essenziali appartenenti a questo grup po, nella adolescenza, appaiano forme psicopatiche gravi, come stati depressivi con idee di suicidio, deliri persecutori, ciclotimie, criminalità, specialmente sotto forma di equivalenti.

In casi rarissimi di epilessia convulsiva durata tutta la seconda infanzia, non si presentano nella fanciullezza e nella adolescenza, nè epilettoidismo, nè decadimento mentale. È questo il caso di una fanciulla già appartenente agli Asili-Scuola di Roma.

OSSERV. 18ª — Maria F. Fav... (Asilo-Scuola N 2, N. 93). Ebbe convulsioni epilettiche sino a 7 anni. All'età di 18 anni, la ragazza era tutt ora esente da

attacchi, presentava ottimo carattere. Si faceva soltanto notare per un certo grado d'insufficienza mentale e per una cefalea ricorrente, ma non grave.

In casi simili è da porre in dubbio la natura epilettica degli attacchi iniziali? In teoria sì, perchè mancando appunto evoluzione, l'epilessia dovrebbe escludersi. Se non che in pratica certi piccoli sintomi, la presenza di eredità ascendente o collaterale, consigliano a riserva e la prudenza.

Secondo Gruppo.—Inizio degli accessi in seconda infanzia e loro prosecuzione periodica sino all'adolescenza o alla fine dell'età minore; alla quale epoca raggiungono il tipo stabile di accessi mensili, bimensili o settimanali, senza andare più oltre, se i malati si mettano opportunamente in difesa igienica e sotto cura.

Anche questo tipo di decorso è molto comune. Vi appartengono casi di discreta intensità e casi anche gravissimi. Per fortuna però, questi sono rari. Più facilmente s'incontrano nei reparti epilettici dei Manicomi. Eccone un caso tipico.

OSSERV. 19ª — Mario Vill. fu alunno della Casa di cura e di educazione di Roma nell'anno 1901. Caso grave e complicato: segni degenerativi numerosi e gravi; insufficienza di medio grado di tipo imbecille; epilessia grave. Nacque asfittico nel 1896. A 5 anni di età, nel 1901, primo attacco, durante l'anno due attacchi; dal 1902 al 1906 gli attacchi si mantennero discreti. Lenta ascensione raggiunsero il massimo di circa 8-10 nel 1906. In epoca pubere, peggioramento. Accessi di 3 forme, grandi attacchi classici spesso multipli; attacchi abortivi, brevi; cadute « cade con coscienza come un colpo » si rialza subito, ma poi perde la coscienza e resta stordito.

Andamento degli accessi epilettici

(grandi accessi; accessi abortivi, cadute in-Mario Vil. sotto cura bromica).

Anni	Genn.	Febbr.	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settem.	Ottobre	Novem.	Dicem.	Totale
1907	—	—	—	2	—	2	—	3	2	2	4	5	20
1908	3	3	4	4	2	—	3	3	2	7	8	9	48
1909	5	6	4	2	2	13	7	6	5	4	3	5	62
1910	7	7	10	6	7	6	7	11	10	14	10	12	107
1911	10	12	12	15	15	12	9	13	5	1	2	3	109
1912	6	6	8	10	9	11	10	8	14	12	9	5	113
1913	10	7	9	13	6	10	9	11	12	27	33	13	16
1914	4	12	10	16	5	1	1	3	4	11	11	7	5
1915	15	16	4	4	7	+13	5	2	18	8	2	5	9
1916	18	16	22	9	13	+6	7	8	14	12			

Cura di luminal.

Terzo Gruppo.—Inizio degli accessi tardivo; in fanciullezza cioè a 8-10-12 anni in seguito a malattie infettive o a traumi cefici. In capo a 2 anni circa, in pochi casi a 5 o 6 anni, essi raggiungono la stabilità definitiva ricorrendo mensilmente e anche a più lunghi intervalli, se i soggetti sono messi in difesa igienica e incura. Questo tipo si osserva non di rado nelle femmine; nelle quali poi l'accesso tende a presentarsi o poco prima o poco dopo dei mestrui. Accade spesso che negli intervalli, occorrano accessi abortivi, cefalee, impulsività. Come si vede le differenze fra questo e il secondo gruppo non sono molte profonde. È superfluo quindi un ulteriore comento.

Quarto Gruppo.—Inizio in seconda infanzia o prima fanciullezza con accessi di piccolo male o lipotimie o chiari equivalenti. Accade spesso che gli accessi sieno molto frequenti e ricorrano più volte al giorno e anche con frequenza straordinaria.

I bromici portano scarso giovamento. I casi di questo gruppo non di rado guariscono, il che concorda con le osservazioni di Fried-

mann. Un certo numero però, a poco a poco, volgono in peggio sopravvenendo poi accessi di vere convulsioni. Nella quale eventualità, gli accessi, prima più rari, assumono a poco a poco il loro ritmo di frequenza, che può raggiungere quello di 1-2 al mese fino a 2 o 3 per settimana. Gli accessi di piccolo male frattanto si diradano, ma non scompaiono mai, sebbene le famiglie dei malati li sottapprezzino chiamandoli « aure, sturbetti, fissazioni, incanti ecc. ».

Quinto Gruppo.—Qui appartiene un tipo di decorso che si può sintetizzare così: in soggetti cerebropatici e anche in biopatici si nota già nella prima infanzia un grave eccitamento, e in fanciullezza caratteri neuro-psicopatici diversi, come: contegno iperattivo, capricci, stranezze, collere, depressione, fughe, clastomania, piromania, criminalità, insufficienza mentale di lieve grado, ineducabilità. Fanciulli osservati in questo periodo possono essere assegnati al gruppo dei casi detti *Anormali-misti* (classificazione per uso medico-pedagogico). In epoca prepubere o in adolescenza, invasione degli attacchi classici. Una diligente ricerca anamnestica fa riconoscere in alcuni casi la presenza di attacchi epilettici abortivi anche in fanciullezza; ma più delle volte essi sfuggono alle osservazioni dei famigliari.

Una volta che sia sopravvenuta l'epilessia convulsiva, si osserva un miglioramento nello stato di eccitazione e nelle tendenze criminali, ma si annunzia ben presto il decadimento mentale, specialmente se — come non di rado accade — gli attacchi si presentano in serie e se i malati cadono a periodi in vero stato di male epilettico.

In qualche caso gli accessi convulsivi appaiono già all'età di 8 o 9 anni e, in breve tempo, alla originaria insufficienza mentale si complica il decadimento post-epilettico. Troviamo che appartiene a questo gruppo un discreto numero di soggetti eredo-luetici.

Sesto Gruppo.—Inizio tardivo degli accessi: a 15-16-18 anni o più. Si raggiunge il ritmo definitivo verso i 25 o 30 anni.

Son forme gravi che a lungo andare portano al decadimento psichico globale malgrado la cura. Di questo tipo di epilessie parla forse Ippocrate negli *Aforismi* (Sez. V, n. 7, p. 77) quando dice: « Quibuscumque morbi comitiales fiunt ante pubertatem, in puber- « bate, mutationes accipiunt; quicumque autem vigesimo quinto ple- « rumque conflorinntur ».

A noi risulterebbe che l'inizio si ha un po' prima dei 25 anni,

e che il fatale pronostico ippocratico non si avvera quasi mai. Comunque è certo che simili casi sono gravissimi e portano a psicosi e a decadimento mentale, qualora gli accessi ricorrano con una certa frequenza e la malattia non sia trattata convenientemente.

Concludo col dire che lo studio della evoluzione della epilessia, da qui in avanti non deve essere trascurato, se si vuole sperare di afferrare qualche criterio per la prognosi. Imperocchè tutti i medici sanno che lo ***status praesens*** non consente alcuna seria previsione.

1465850 P